



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**CONCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE O  
CUIDADO NO BRASIL: ANÁLISE DO DISCURSO E  
DO CONTEÚDO DE PUBLICAÇÕES INDEXADAS**

Maria Amenildes Silva Lima

São Cristóvão/SE  
Agosto, 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**CONCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE O  
CUIDADO NO BRASIL: ANÁLISE DO DISCURSO E  
DO CONTEÚDO DE PUBLICAÇÕES INDEXADAS**

Maria Amenildes Silva Lima

Dissertação apresentada ao Núcleo de  
Pós-Graduação em Ciências  
Farmacêuticas da Universidade Federal  
de Sergipe como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francilene Amaral da  
Silva

São Cristóvão/SE  
Agosto, 2017

LIMA/ MARIA AMENILDES SILVA

Concepção dos Farmacêuticos sobre o Cuidado no Brasil: Análise  
do Discurso e do Conteúdo de Publicações Indexadas

2017

Ficha catalográfica elaborada conforme normas da Biblioteca Central / UFS

Lima, Maria Amenildes Silva

Concepção dos Farmacêuticos sobre o Cuidado no Brasil:  
Análise do Discurso e do Conteúdo de Publicações Indexadas - São  
Cristóvão, 2017.84f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francilene Amaral da Silva

Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade  
Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo  
de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Maria Amenildes Silva Lima

CONCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE O  
CUIDADO NO BRASIL: ANÁLISE DO DISCURSO E  
DO CONTEÚDO DE PUBLICAÇÕES INDEXADAS

Dissertação apresentada ao Núcleo de  
Pós-Graduação em Ciências  
Farmacêuticas da Universidade Federal  
de Sergipe como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador: Prof. Dr. Francilene Amaral da Silva

---

1º Examinador: Prof. Wellington Barros da Silva

---

2º Examinador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

PARECER

---

---

---

---

---

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais Manoel e Nivalda pela grandeza do cuidado para com seus filhos e a nobreza de deixarem-se cuidar por nós.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela presença constante e restauradora em minha vida.

À Noélmo, meu companheiro de caminhada, com quem divido minhas alegrias, tristezas, vitórias e frustrações.

Aos meus filhos Bruno e Brenda, pela grande experiência do cuidado materno.

À minha família, por sempre significar e resignificar o sentido do cuidado, em especial as maravilhosas Marias da minha vida, Bobó por me propiciar sentir ainda o cheiro de mãe, a Merisa que me permitiu concretizar mais um sonho, e a Mel por sua constante intercessão e apoio.

Aos amigos de jornada PH e Adriana, com vocês vivi a experiência do cuidado fraterno.

Aos irmãos na fé pelas constantes orações e apoio.

Às amigas Simone e Degivana, por me apoiarem incondicionalmente.

À Welington, pelos ensinamentos compartilhados.

À Prof<sup>a</sup> Fracilene por não permitir que eu desistisse no início, no meio e no fim dessa jornada.

Gratidão.

À todos aqueles que cuidam com sutileza nos bastidores da vida.

## RESUMO

Existe um crescente interesse na discussão do tema cuidado, entre as diversas áreas da saúde, uma vez que o conceito de cuidado fundamenta filosoficamente as práticas profissionais destas áreas. Embora tanto o trabalho em saúde, quanto o cuidado em saúde, deflagrem uma micropolítica, que se dá no encontro com o outro e embora ambos - trabalho em saúde e cuidado em saúde - ocorram no espaço saber-fazer, nem todo trabalho em saúde configura-se como um cuidado, ao levarmos em consideração o conceito de cuidado em sua acepção epistemológica. O cuidado é um conceito polissêmico, que em inúmeros casos tem sido utilizado de forma indiscriminada e equivocada. Partindo do pressuposto de que os conteúdos dos discursos revelam o pensar do profissional e os fundamentos epistêmicos de sua conduta, surgiu a pergunta de pesquisa: qual é a concepção de cuidado presente no discurso do farmacêutico brasileiro? Para responder esta pergunta, foi realizada pesquisa qualitativa de revisão de literatura do tipo "estado da arte" e análise de conteúdo. O objetivo geral deste estudo foi realizar análise crítica das concepções de cuidado na perspectiva de farmacêuticos brasileiros que se encontram descritas na literatura. Os objetivos específicos desta pesquisa foram: Identificar e categorizar as concepções de cuidado descritas na literatura; Agrupar as concepções de cuidado encontradas; Analisar os discursos. Para seleção dos documentos, as bases de dados de escolha foi a LILACS e PubMed. Para a formulação da estratégia de busca foram utilizados os descritores: "Atenção farmacêutica"; "Cuidados Farmacêuticos"; "Farmácia Clínica"; "Clínica Farmacêutica"; "Seguimento Farmacoterapêutico"; "Acompanhamento Farmacoterapêutico"; "Serviços Farmacêuticos" e "Serviços Clínicos Farmacêuticos", para busca de artigos publicados no período de 2009 à 2016. Após, utilização de filtros, foram encontrados 34 artigos no LILACS, entre os quais 14 foram selecionados aleatoriamente pela utilização do critério de esgotamento. E na base de dados da PubMed foram encontrados 44 artigos, dentre os quais, foram selecionados aleatoriamente 06 artigos por esgotamento. Através da análise dos resultados desta pesquisa, pode-se constatar que existe uma dicotomia entre o discurso e as práticas descritas nos artigos, e que embora grande parte dos autores utilizem uma concepção biopsicossocial do homem para se referir ao cuidado oferecido pelo farmacêutico, a compreensão do cuidado apresentada nos artigos analisados, não contempla a dimensão ético filosófica do cuidado. A relevância acadêmica desta pesquisa justifica-se no fato de poder contribuir para ampliação do conhecimento a respeito das práticas e dos discursos dos farmacêuticos a respeito do cuidado. Esta ampliação de conhecimento pode contribuir para o aprimoramento das práticas de farmácia clínica e da atenção farmacêutica, o que justifica a relevância social desta pesquisa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Farmacêutica; Cuidados Farmacêuticos.



## ABSTRACT

There is a growing interest in the discussion of the care theme, among the different health areas, since the concept of care bases philosophically the professional practices of these areas. Although both health work and health care trigger a micropolitics that occurs in the encounter with the other, and although both - work in health and health care - occur in the know-how space, not all health work configures as caution, when we take into account the concept of care in its epistemological sense. Care is a polysemic concept, which in many cases has been used indiscriminately and mistakenly. Based on the assumption that the contents of the discourses reveal the professional's thinking and the epistemic foundations of his conduct, the research question arose: what is the conception of care present in the discourse of the Brazilian pharmacist? To answer this question, a qualitative research was carried out to review the state-of-the-art literature and content analysis. The general objective of this study was to perform a critical analysis of care conceptions from the perspective of Brazilian pharmacists that are described in the literature. The specific objectives of this research were: To identify and categorize the conceptions of care described in the literature; Group the conceptions of care found; Analyze the speeches. For selection of the documents, the databases of choice were LILACS and PubMed. In order to formulate the search strategy, we used the descriptors: "Pharmaceutical Care", "Pharmaceutical Care", "Pharmacy Clinic", "Pharmaceutical Clinic", "Pharmacotherapeutic Monitoring", "Pharmacotherapeutic Accompaniment", "Pharmaceutical Services" and "Clinical Services Pharmaceuticals ", to search articles published in the period from 2009 to 2016. After using filters, 34 articles were found in LILACS, among which 14 were randomly selected using the exhaustion criterion. And in the PubMed database, 44 articles were found, among which were randomly selected 06 articles by exhaustion. Through the analysis of the results of this research, it can be verified that there is a dichotomy between the discourse and the practices described in the articles, and that although many authors use a biopsychosocial conception of the man to refer to the care offered by the pharmacist, of the care presented in the articles analyzed, does not contemplate the ethical philosophical dimension of care. The academic relevance of this research is justified by the fact that it can contribute to the expansion of knowledge regarding the practices and discourses of pharmacists regarding care. This expansion of knowledge can contribute to the improvement of the practices of clinical pharmacy and pharmaceutical care, which justifies the social relevance of this research.

**KEY WORDS:** Pharmaceutical Care; Pharmaceutical Care.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	i
CAPÍTULO 1	
1. INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 2	
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	03
2.1 A Evolução Histórica e Filosófica da Concepção de Saúde e Doença.....	03
2.1.1 A Transição do Modelo Mágico-Religioso, para o modelo Empírico-razional.....	03
2.1.2 A Escola Hipocrática.....	07
2.1.3 A Influência de Galeno na Medicina Ocidental.....	10
2.1.4 A Concepção de Saúde e Doença na Idade Média.....	12
2.1.5 As Principais Oposições ao Galenismo à Partir da Idade Moderna.....	16
2.1.6. Medicina na Modernidade: o modelo biomédico, suas influências e implicações.....	18
2.1.7 O Paradigma Sistêmico.....	21
2.2. O Medicamento: história e filosofia.....	22
2.3. O Cuidado.....	24
2.3.1 A Hermenêutica do Cuidado.....	26
2.4 O Cuidado de Si .....	30
2.4.1 As Contribuições Epistemológicas de Michel Foucault.....	32
2.5 O Cuidado em Saúde.....	34
CAPÍTULO 3	
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 Objetivo Geral.....	37
3.2 Objetivos Específicos.....	37
CAPÍTULO 4	
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1. Delineamento da Pesquisa.....	38
4.2 Procedimentos.....	39
4.3 Análise de dados.....	41
CAPÍTULO 5	
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	65

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1.</b> Estratégia de busca.....	40
<b>QUADRO 2.</b> Artigos encontrados no banco da Lilacs.....	42
<b>QUADRO 3.</b> Artigos encontrados no banco da PubMed.....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1.</b> Estudos que o cuidado aparece como conceito filosófico e prática emancipadora, categorizados em ano, título e autores.....	44
<b>TABELA 2.</b> Estudos que o cuidado aparece como dimensão técnica e de procedimentos profissionais, categorizados por ano, título e autores.....	47
<b>TABELA 3.</b> Estudos com o foco na inserção profissional do farmacêutico na equipe multidisciplinar, categorizados por ano, periódico, título e autores.....	58

## APRESENTAÇÃO

O cuidado tem um sentido ontológico e um lugar de fundamental importância na existência humana.

Muitas profissões da área da saúde tem se inserido no cuidado centrado no paciente. Dentre estas profissões o farmacêutico como componente da equipe de saúde também tem feito essas discussões.

Por ser enfermeira e ter como essência de minha prática profissional o cuidado, muito me incomodava constatar no discurso do farmacêuticos a presença das expressões "cuidado ao paciente" e "cuidado em saúde", mesmo quando sua prática profissional não contemplava o contato com o paciente.

A observação deste desencontro epistemológico entre o discurso e a prática profissional, provocou uma inquietação e mobilizou o desejo de buscar compreender a concepção que o profissional farmacêutico tem sobre o cuidado, posto que, nas falas, nas discussões, em textos produzidos havia divergências sobre essa concepção.

Sendo imprescindível que o profissional tenha bem delineado essa concepção a fim de prestar uma assistência verdadeiramente individualizada e centrada naquele que é o mais importante: o paciente.

Acredito que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para construção da identidade profissional do farmacêutico.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos:

No Capítulo 1, está a introdução deste trabalho. A introdução apresenta o problema da pesquisa, a pergunta de pesquisa e a justificativa da mesma.

No Capítulo 2, está a revisão de literatura, cuja função é apresentar os conceitos teóricos que estruturam este trabalho e deram o subsídio para discussão de resultados.

No Capítulo 3, estão os objetivos deste trabalho.

No Capítulo 4, está descrito o percurso metodológico da pesquisa e no

Capítulo 5, se encontram os resultados, a discussão dos resultados e as considerações finais desta pesquisa.

## **CAPÍTULO 1**

### **1. INTRODUÇÃO**

Existe um crescente interesse na discussão do tema cuidado, entre as diversas áreas profissionais da saúde (ALMEIDA FILHO et.al., 2014), uma vez que o conceito de cuidado fundamenta filosoficamente as práticas profissionais (MALTA & MERHY, 2010).

Observa-se que, tanto o trabalho em saúde, quanto o cuidado em saúde, deflagram uma micropolítica, que se dá no encontro com o outro. Entretanto, embora ambos - trabalho em saúde e cuidado em saúde - ocorram no espaço saber-fazer (MERHY, 2007), nem todo trabalho em saúde configura-se como um cuidado, ao levarmos em consideração o conceito de cuidado em sua acepção epistemológica.

O cuidado é um conceito polissêmico, que em inúmeros casos tem sido utilizado de forma indiscriminada, e até mesmo de forma equivocada, (PEREIRA NETO, 2010), por profissionais que fazem uso impreciso do conceito de cuidado, assim como o fazem na utilização do conceito de interdisciplinaridade (SILVA & RAMOS, 2014).

Não obstante existam variadas concepções de cuidado, observa-se que o farmacêutico adota prioritariamente, práticas de prestação de serviço indiretos, e estes representam uma ponte entre as habilidades e competências do farmacêutico e o cuidado ao paciente. Entretanto, nas práticas de farmácia clínica e de atenção farmacêutica, o farmacêutico tem a possibilidade de voltar-se diretamente ao paciente, embora seu processo de trabalho seja sistematizado através do preenchimento de roteiros e formulários (SILVA, 2012; SATURNINO, 2012).

Na literatura pode-se constatar a existência de duas vertentes norteadoras da concepção do cuidado farmacêutico: a primeira refere-se ao cuidado na perspectiva de atenção direta ao paciente (LIMA, 2016; SOUZA, 2011), a segunda vertente se refere a um cuidado indireto, uma vez que tem relação com o aporte de subsídios e insumos necessários para prestação do cuidado (VIEGAS, 2015).

Com base na literatura, nota-se que o farmacêutico se encontra em um processo de transição, entre uma formação tecnicista voltada para contemplar a indústria farmacêutica, os laboratórios de análises clínicas e a comercialização de

medicação, e a clínica farmacêutica voltada ao cuidado (SILVA, 2012; SATURNINO, 2012).

Nos vários contextos da saúde, os diversos profissionais que compõem uma equipe, demonstram buscar se inserir no cuidado ao paciente. Entretanto, o cuidado não se restringe à práticas tecnicistas como o preenchimento de fichas e formulários para composição de uma história clínica, tal como é observado na rotina de inúmeros profissionais. Neste contexto, o profissional que pretende exercer o cuidado, precisa desenvolver habilidades e sensibilidades para o exercício da escuta qualificada, e para integralidade do cuidado do indivíduo, que está para além da perspectiva de tratamento da doença (LIMA, 2016; MERHY, 2007).

Partindo destes conceitos e do pressuposto de que os conteúdos dos discursos revelam o pensar do profissional e os fundamentos epistêmicos de sua conduta, surgiu a pergunta de pesquisa: qual é a concepção de cuidado presente no discurso do farmacêutico brasileiro?

Para responder esta pergunta, foi realizada pesquisa qualitativa de revisão de literatura do tipo "estado da arte" e análise de conteúdo.

O objetivo geral deste estudo foi realizar análise crítica das concepções de cuidado na perspectiva de farmacêuticos brasileiros que se encontram descritas na literatura. Os objetivos específicos desta pesquisa foram: Identificar e categorizar as concepções de cuidado descritas na literatura; Agrupar as concepções de cuidado encontradas e Analisar os discursos.

A relevância acadêmica desta pesquisa justifica-se no fato de poder contribuir para ampliação do conhecimento a respeito das práticas e dos discursos dos farmacêuticos a respeito do cuidado.

Esta ampliação de conhecimento, pode contribuir para o aprimoramento das práticas de farmácia clínica e da atenção farmacêutica, o que justifica a relevância social desta pesquisa.

## **CAPÍTULO 2**

### **2. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **2.1 A Evolução Histórica e Filosófica da Concepção de Saúde e Doença.**

##### **2.1.1 A Transição do Modelo Mágico-Religioso para o Modelo Empírico-Racional**

Desde os primórdios o ser humano ocupa-se em explicar as razões da sua existência, a origem da vida, a incidência dos fenômenos físicos do seu entorno, e logo, como parte fundamental deste exercício, surge dentre outras, as necessidades que dão início a discussão da causalidade no binômio saúde-doença.

Segundo Marcondes (2010), na antiguidade em meio as sociedades primitivas, em termos gerais, toda e qualquer tentativa de formulação de conceitos, inclusive os sobre a saúde e a doença, assim como todo e qualquer fenômeno físico notável, seria abordado e explicado pela ótica mágico-religiosa, dada pela predominância do modo de pensar mítico, que anteriormente à formulação da ideia e do conceito de filosofia, trazia o homem no papel de agente passivo e refém de vontades alheias as suas, regidas por sacerdotes, xamãs ou iniciados, e ao indivíduo comum não era concedido o direito da crítica, por tratar-se de tradição cultural, só lhe restava a aceitação ou o exílio.

De acordo com Barros (2001), na antiguidade, "as relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus" (p. 68), e a medicina predominante tinha caráter mágico-religioso. A doença era concebida numa perspectiva mitológica, como a manifestação do capricho dos deuses, em resposta a transgressões cometidas individual ou coletivamente pelos homens. Nesta perspectiva, a recuperação da saúde dependia de "reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs" (p.68). Até hoje "esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica" (BARROS, 2001 p. 68).

Nesta perspectiva, o estudo do desenvolvimento filosófico ao passar das eras históricas pode se tornar um aliado primordial aos profissionais de saúde, no entendimento dos sistemas de crenças e valores populares predominantes em



determinada época ou cultura, e também sobre a influência de certos resquícios dessas crenças remotas, aos quais, invariavelmente estarão sujeitos ao contato no decorrer de suas vidas profissionais.

A relação saúde-doença, e a prática do cuidado, sempre sofreram a influência da evolução do conhecimento, assim como, foram determinados pela realidade socio-histórico, cultural, político e econômica em que determinada sociedade se encontra. Entretanto, em virtude da tradição e das conservas culturais, muitas crendices e preceitos de culturas antigas permanecem presentes no imaginário coletivo e os hábitos são institucionalizados, naturalizados e reproduzidos em práticas transmitidas através das gerações (BERGER & LUCKMAN, 2003). As conservas culturais podem ser observadas nas práticas populares e nas práticas consideradas científicas.

Gutierrez e Oberdieck (2001), delimitam o predomínio do modelo mágico-religioso ao surgimento das primeiras tribos nômades, que tinham por principal atividade o extrativismo e a caça, até o estabelecimento das grandes nações nos vales dos grandes rios como Egito, Mesopotâmia, Índia e China. Os autores atribuem o surgimento dos hospitais a essas civilizações do Oriente Médio.

Segundo Araújo (2006), para os egípcios, a saúde era considerado o estado natural do ser humano, podendo ela ser molestada por dois grupos de ocorrências. No primeiro grupo, estavam as ocorrências de fácil identificação, e aos quais não eram atribuídos explicações sobrenaturais. Dentre estas, estavam os traumas, lesões e queimaduras, por exemplo. No segundo grupo, estavam as doenças com causas desconhecidas e as quais eram atribuídas explicações míticas. Havia também nessa civilização, uma profunda relação de dependência com o rio Nilo (fonte de grande parte de sua riqueza), que por sua vez influenciava num saber coletivo que atribuía os períodos de saúde e abundância à cheia do rio, e em contraponto, atribuía períodos de doença e miséria à seca do rio.

Segundo Barros (2001), houve um avanço significativo na perspectiva da compreensão das doenças no pensamento médico:

quando se dá um desvio do foco de interesse das forças sobrenaturais para o portador da doença, passando a mesma gradativamente, a ser vista como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e liberado da intromissão de forças divinas ou malévolas (BARROS, 2001, p.68).

Este novo enfoque médico, que pode ser encontrado descrito em papiros dos primórdios do Egito (datados de três mil anos antes de Cristo), pode ser "designado como medicina empírico-racional" ( BARROS, 2001, p.68).

Aqui faz-se necessária uma breve contextualização da medicina Oriental, sobretudo a medicina Chinesa e Hindu, ditas Holísticas e que segundo Araújo (2006), coincidem em muitos aspectos com o desenvolvimento da medicina na Grécia, considerada como o maior berço da medicina na antiguidade.

Segundo Araujo (2006), para os hindus e chineses a dualidade saúde-doença, era resultante de influências de diferentes origens, que eram exercidas sobre os elementos fundamentais da natureza (Água, Ar, Terra, Madeira e Metal), Ocasionalmente equilibrando e desequilibrando estes elementos. Os chineses relacionavam tais elementos básicos a cinco órgãos principais do corpo humano (coração, pulmão, rim, fígado e baço) e ainda a cinco órgãos secundários (intestino delgado, intestino grosso, uretra, vesícula biliar e estômago), que ainda se relacionavam com os planetas e estações do ano, segundo o autor, existia na retórica uma naturalização, em detrimento ao caráter-mágico-religioso encontradas nas explicações de outros povos, tendo o homem como agente ativo nas causas do adoecimento, assim como as mudanças excessivas do clima, da dieta, das relações afetivas, da umidade, do frio, dos venenos, porém aqui ainda encontravam-se resquícios do pensamento mítico, pois também eram levadas em conta influências atribuídas a espíritos malignos (ARAUJO, 2006).

Na tentativa de delimitar a divisão entre o pensamento mítico e o início da fase posterior, Marcondes ( 2001), partiu dos relatos de Aristóteles para pressupor que no Século VI A.C., Tales de Mileto tenha sido o primeiro pensador filosófico científico.

Até este período, "todas as explicações sobre as causas da mudança, da permanência, da repetição, da desaparecimento e do ressurgimento de todos os seres" (CHAUÍ, 2000, p.28), se davam através dos mitos, da religião e das tradições. Entretanto, estas explicações perderam força e deixaram de satisfazer aos questionamentos sobre as verdades do mundo e a Filosofia passou a ocupar-se de dar respostas.

Historiadores tem se ocupado em elucidar se a Filosofia nasceu genuinamente na Grécia, ou se ela surgiu a partir de "contribuições da sabedoria oriental (egípcios, assírios, persas, caldeus, babilônios) e da sabedoria de

civilizações que antecederam à grega, na região que, antes de ser a Grécia ou a Hélade, abrigara as civilizações de Creta, Minos, Tarento e Micenas" (CHAUÍ, 2000, p.28).

Para Chauí (2000), se retirarmos os exageros, tanto das linhas que defendem a hipótese de que a filosofia seja um “milagre grego”, tanto quanto o exagero das linhas que defendem o surgimento da filosofia nas civilizações orientais, poderemos sim encontrar semelhanças, que indicam certo grau de influência de civilizações orientais para a construção do pensamento filosófico-grego.

Doravante, se faz necessário destacar tais pontos de semelhança existentes entre a medicina tradicional chinesa e a forma com a qual o entendimento do processo saúde-doença foi desenvolvido inicialmente dentro do raciocínio filosófico científico grego. Para os gregos, os conceitos de isonomia e disnomia, indicavam a harmonia e o desequilíbrio entre os quatro elementos naturais ao corpo humano (terra, ar, água e fogo) assim como na medicina chinesa, elementos externos agiam sobre estes elementos, dando origem as doenças, conforme afirma Platão (apud BARATA, 1985):

(...) a maneira pela qual elas (as doenças) se formam pode ser clara a qualquer um. O corpo é composto da mistura de quatro elementos: terra, fogo, água e ar. A abundância ou a falta desses elementos, fora do natural; a mudança de lugar, fazendo com que eles saiam de sua posição natural para outra que não lhes seja bem adaptada; ou o fato que um dele é forçado a receber a quantidade que não é própria para ele, mas conveniente para outra espécie; todos esses fatores e outros similares são as causas que produzem distúrbios e moléstias (PLATÃO, apud BARATA, 1985, p. 15).

Por ser o raciocínio filosófico o maior legado da civilização grega, Gutierrez e Oberdiek (2001), salientam que a medicina não era cultivada como objeto de estudo apenas de médicos, sendo que altas personalidades e filósofos discutiam a arte da cura, e que amplamente difundida entre os cidadãos, de maneira geral tendo atenção especial ao corpo físico através do esporte, e também buscando a interação do corpo físico com a alma e a natureza.

Gutierrez e Oberdiek (2001), apontam para a existência de duas linhas básicas na medicina grega, sendo que a primeira propunha que doenças diferentes podem ter causas e sintomas iguais, e era preconizada pela terapêutica intervencionista, através de exames realizados diretamente nos doentes. A segunda linha, chamada de Hipocrática, teve como principal idealizador, Hipócrates, que defendia a prática clínica com cuidadosa observação da natureza. Esta linha

valorizava o prognóstico, tendo a terapêutica apoiada nas reações defensivas naturais, dando ênfase aos doentes e não mais a doença.

### 2.1.2 A Escola Hipocrática

Seria injusto não mencionar as contribuições de filósofos e médicos pré-socráticos da geração imediatamente anterior a Hipócrates, na expressão da concepção filosófica da doença, dentre estes Diógenes de Apolônia, Empédocles de Agrigento, Alcmeon de Crótona, tendo este último uma importância incomum, por ser um dos poucos a praticarem o estudo da anatomia à partir da dissecação de cadáveres humanos. Destaca-se também nesse contexto Filolau da escola de Crotona, como um grande precursor do Hipocratismo e do Platonismo. Recebera também Hipócrates, influências Eleatas, sobretudo dos pensadores Xenófanos, Parmênides, Leucipo e Zenão (ALZINA, 2009).

Para Gutierrez e Oberdieck (2001), a escola hipocrática enfatizava os humores do corpo, conceituando Saúde (Eucrasia) como o equilíbrio destes humores e a doença (Discrasia) como o desequilíbrio, e assim como os chineses e os filósofos pré-socráticos, se preocupado com os elementos fundamentais da natureza (physis), os concebendo como o fogo (coração), o ar (pituíta do cérebro), Terra (bile amarela) e água (bile negra no estômago).

Segundo Barros (2002), as especulações que objetivavam encontrar uma explicação não mítica e sobrenatural para o fenômeno saúde-doença, é datada do século seis antes de Cristo e tem seus pioneiros na Grécia clássica, com as tentativas dos primeiros filósofos pré-socráticos em encontrar explicação para as origens do universo e da vida. "Essa matéria prima (arké=origem, começo) por eles visualizada como sendo a água, a terra, o fogo e o ar, está subjacente à teoria dos humores de Hipócrates" (BARROS, 2002, p.69).

Para Jaeger (1995), o pensamento Hipocrático, haveria consolidado a noção de superioridade do homem sobre a doença, através da interpretação da totalidade entre ele e o seu entorno natural, com todas as leis universais que a regem e a sua própria qualidade individual.

Hipócrates prescrevia estes conceitos em uma fórmula para a prática da medicina:

Quem quiser aprender bem a arte de médico deve proceder assim: em primeiro lugar há de ter presentes as estações do ano e os seus efeitos, pois nem todas são iguais mas diferem radicalmente quanto à sua essência específica e quanto às suas mudanças. Deve ainda observar os ventos quentes e frios, começando pelos que são comuns a todos os homens e continuando pelos característicos de cada região. Deve ter presentes também os diversos gêneros de águas. Estas se distinguem não só pela densidade e pelo sabor, mas ainda por suas virtudes. Quando um médico[...] chegar a uma cidade desconhecida para ele, deve determinar, antes de mais, a posição que ela ocupa quanto às várias correntes de ar e quanto ao curso do Sol[...] assim como anotar o que se refere às águas... e à qualidade do solo [...] Se conhecer o que diz respeito à mudança das estações e do clima, e o nascimento e o ocaso dos astros... conhecerá antecipadamente a qualidade do [...] Pode ser que alguém julgue isto demasiadamente orientado para a ciência, mas quem tal pensar pode convencer-se, se alguma coisa for capaz de aprender, que a Astronomia pode contribuir essencialmente para a Medicina, pois a mudança nas doenças do homem está relacionada com a mudança do clima (HIPÓCRATES, Apud JAEGER, 1995, p.1007).

Para Gutierrez e Oberdiek (2001), no período compreendido entre o século VII e VI a.c, os últimos resquícios da explicação mágico-religiosa na medicina grega, são substituídos pelas causalidades naturais, com relação aos hábitos, posição social, tipo de trabalho e sazonalidades inerentes ao entorno do indivíduo. Segundo os autores, foram várias as contribuições do pensamento Hipocrático para a construção da medicina contemporânea.

A medicina hipocrática incorporava conhecimentos sobre os hábitos, costumes da vida cotidiana e problemas na relação com o ambiente natural para a formação dos sintomas das enfermidades, tentando articular estes conhecimentos com os fenômenos da natureza. Assim, dava-se às doenças, uma dimensão que ultrapassava os limites do corpo biológico.

Jaeger (1995), refere que embora se atribua a Hipócrates inúmeros conhecimentos, a autoria da coleção de textos gregos (Corpus hippocraticum) que chegaram até os tempos modernos, é questionável. Afirmando que não obstante tenham sido atribuídos a seu fundador docente da escola de medicina da ilha de Cós, por dificuldades filológicas compreensíveis, em sua vastidão e multiplicidade de textos apontam ideias e retóricas muitas vezes adversas, tornando difícil a identificação da obra do verdadeiro Hipócrates dentre a massa de conhecimento atribuída a ele.

Cairus (2005), corrobora com este questionamento a respeito dos legados de Hipócrates quando refere:

Não há dúvida: viveu realmente, durante a segunda metade do século V a.c., um médico grego chamado Hipócrates. Nascido na ilha de Cós,

membro de uma ilustre família de médicos, produziu impressão profunda e duradoura em seus contemporâneos; sua reputação profissional era a melhor possível. As gerações posteriores consagraram-no como o "pai da medicina", mas nem tudo o que a tradição clássica conservou tem fundamento histórico...pouco antes, circulavam entre médicos, discípulos e interessados alguns textos de medicina... atribuídos a Hipócrates. Esses textos podem ter formado o que hoje chamamos de "o núcleo mais antigo" da coleção hipocrática...Com o passar dos séculos, a fama de Hipócrates tornou-se cada vez maior. Surgiram numerosas lendas a seu respeito e muitos textos médicos, escritos com certeza muito depois de sua morte, continuaram sendo-lhe sistematicamente atribuídos (CAIRUS, 2005 p.11).

Embora existam varias versões sobre a origem do conteúdo de (Corpus Hippocraticum), esse assunto merece uma discussão histórico-filosófica a parte, que extrapola os objetivos dessa dissertação.

Gual (2001), refere que os "escritos mais significativos [...] foram compostos entre 420 e 350 a.C, etapa que podemos considerar definitiva na formação da doutrina hipocrática" (p.10). Podendo existir no Corpus hippocraticum escritos anteriores a este período , no entanto, a maioria dos textos deste corpo foi produzido por "alguns escritores que compuseram suas obras nos decênios finais do séc. V a.C e nos primeiros do séc. IV a.c. Ou seja, de médicos contemporâneos a Hipócrates, senão do próprio Hipócrates e de seus discípulos mais próximos, da geração imediata" (GUAL, 2001, p.10).

Para Rebollo (2006), os tratados médicos da coleção do Corpus hippocraticum foi uma produção coletiva de vários autores que apresentam diferenças tanto no que se refere à teoria quanto na orientação prática. A diversidade de concepções e de doutrinas daquele período histórico foram exaustivamente compiladas, interpretadas e comentadas ao longo da posteridade, resultando na construção do que hoje é compreendido como medicina ocidental:

No período helenístico, na cidade de Alexandria, surgiram os primeiros comentários críticos à coleção hipocrática, em parte, como resultado de novas descobertas anatômicas e, em parte, em virtude da pluralidade do pensamento filosófico (platonismo, aristotelismo, epicurismo e estoicismo) e das escolas ou seitas médicas (dogmatismo, empirismo, metodismo e pneumatismo) ( REBOLLO, 2006, p. 46).

Desde então, o Corpus hippocraticum (CH) tem sido utilizado como referência da prática médica, bem como, utilizado para advertir sobre os erros que precisavam ser corrigidos através de novas descobertas e concepções. Através das discussões ocorridas entre médicos dogmáticos e médicos empíricos surgiram as "primeiras interpretações metodológicas que, ao longo da posteridade, separaram aqueles que acreditavam que a teoria (logos) servia como ponto de partida do

raciocínio médico daqueles que sustentavam que tal papel somente poderia ser executado pela experiência ou observação empírica" (REBOLLO, 2006, p.46).

Distante a discussão de sua autoria, está o consenso da importância desta obra, que para Cairus (2005), permaneceu em grande parte de seus textos como uma espécie de manual de medicina até o século XIX, quando o Positivismo de Émile Littré o resgata desta condição, trazendo o seu conteúdo para o campo da discussão das Ideias.

Segundo Alzina (2009), embora não se valorize suficientemente o conteúdo pré lógico intuitivo da obra hipocrática, não resta dúvidas de que Hipócrates, como psicólogo, teria sido à sua maneira, inspirador para Freud, Jung, Fromm e Bachelard, dentre outros. Afirma isso, salientando a qualidade intuitiva excepcional, o valor de seu racionalismo analógico e a profundidade do seu positivismo.

O roteiro para o diagnóstico utilizado na medicina Hipocrática segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), seguia a exploração sensorial, da comunicação oral e do raciocínio, e que é válido na medicina ocidental até os dias de hoje. Para os autores, outras práticas hipocráticas, foram amplamente difundidas na medicina ocidental, práticas essas como a auscultação torácica e a sangria (dreno de fluídos torácicos e/ ou abdominais), amplamente utilizada até o século XIX.

### **2.1.3 A Influência de Galeno na Medicina Ocidental**

Segundo Rebollo (2006), um dos legados mais importantes do corpo hipocrático foi "o trabalho de exegese de Galeno, ainda hoje considerado o maior interprete de Hipócrates, mesmo levando-se em consideração sua a forte impregnação doutrinal" (p.46).

Galeno, nascido em Pérgamo na Ásia Menor (hoje Turquia), viveu entre os anos 129 d.c e 210 d.c., iniciado em matemática e geometria por seu pai, o famoso arquiteto Nikon, aos 14 anos de idade, Galeno estudou filosofia com professores Estóicos e Platônicos e à partir dos 16 anos passou a estudar medicina e anatomia. Após a morte de seu Pai, com aproximadamente 21 anos de idade parte para Esmirna, Corinto e Alexandria onde dá continuidade a seus estudos, e de onde voltaria a Pérgamo somente aos 29 anos, e no ano seguinte ao seu retorno assume a função de médico dos gladiadores (posto de muito prestígio). Nos próximos anos partiu para Roma, onde foi médico do Imperador Marco Aurélio ( REBOLLO, 2006).



Diepgen (1932), refere que no século dois depois de Cristo, Galeno revitalizou preceitos da doutrina humoral, enfatizando a importância dos aspectos do temperamento e do predomínio das manifestações de "um dos quatro humores: sanguíneo, fleumático, colérico (de cholé, bile), melancólico (de melános, negro + cholé, bile). Colérico, portanto, é aquele que tem mais bile amarela, e melancólico, o que tem mais bile negra" (DIEPGEN, 1932, p. 77). Deste modo, Galeno associava o equilíbrio e a harmonia ao comportamento das pessoas. A origem "das expressões "bom humor", "mau humor", "bem-humorado", "mal-humorado" são reminiscências dos conceitos de eucrasia e discrasia dos humores" ( DIEPGEN, 1932, p. 77).

Quanto aos escritos de Galeno, Rebollo ( 2006) refere:

De 162 a 166 d.C., Galeno promoveu diversos debates públicos e demonstrações anatômicas, adquirindo fama e respeitabilidade com a prática clínica e os vários escritos médicos e filosóficos, entre eles, os seis primeiros livros de Sobre as opiniões de Hipócrates e Platão; o primeiro livro Da utilidade das partes do corpo, ambos dedicados ao peripatético Boethus; Sobre os ossos para iniciantes; Sobre o pulso para iniciantes; Sobre a anatomia das veias e artérias e Sobre a anatomia dos nervos. Quando retornou a Roma, em 169, permanecendo até 192 d.C., dos 40 aos 65 anos, Galeno produziu os seus mais importantes tratados e vários comentários ao CH. Entre 169 e 175, escreveu: Os elementos segundo Hipócrates e Platão; Misturas; Sobre as faculdades naturais; Spermata; A função da respiração; os livros restantes (ii-xvii) do Da utilidade das partes do corpo; Sobre a melhor constituição do nosso corpo; Sobre a boa condição; a maior parte dos trabalhos sobre o pulso; os livros restantes (vii-ix) do Sobre as 23 opiniões de Hipócrates e Platão; Dieta de emagrecimento; a primeira parte da sua principal obra farmacológica Misturas e a propriedade dos medicamentos simples; a obra terapêutica Método de cura, composta por 14 livros (Megatechne ou Methodus medendi); Questões de saúde; os trabalhos sobre classificação e o diagnóstico das doenças e prática clínica Para Glauco, sobre o método de cura; Para Thrasyboulos e o Exercício com uma pequena bola; e boa parte dos comentários hipocráticos. Em 176, Galeno atinge o auge de sua fama, sendo apoiado pela elite romana e pelo imperador Marco Aurélio. Nessa época, publica o Prognóstico. De 176 a 180, Galeno escreve vários comentários a Hipócrates. De 180 a 192, escreve a maior parte da sua obra sobre dieta e regime de vida: Sobre a propriedade dos alimentos; o último livro das Questões de saúde; Sobre a ordem dos meus livros; e os seus últimos comentários aos textos hipocráticos Sobre a natureza do homem e Ares, águas e lugares ( REBOLLO, 2006, p.73-74).

Em 192 d.c , o grande incêndio de Roma destruiu a maior parte de seus manuscritos, obrigando Galeno a retirar-se para Pérgamo, onde passou a reescrever os seus textos perdidos, conforme afirma Rebollo (2006):

Entre 193 e as datas prováveis de sua morte, por volta de 210 d.C., Galeno escreveu A dependência da alma ao corpo; A formação do embrião; Sobre a arte médica; trabalhos de caráter clínico e farmacológico, como os últimos livros do Método de cura e a obra Misturas e a propriedade dos medicamentos simples; dois trabalhos de farmacologia; e o Sobre meus próprios livros. É neste último que Galeno descreve os seus 25 comentá-



rios aos tratados hipocráticos... Tais anotações foram paulatinamente crescendo e acabaram organizadas por assuntos, percorreram a obra e o sistema médico de Hipócrates, esclarecendo as passagens difíceis e apresentando as suas principais conclusões... Nesse conjunto de escritos encontram-se os seguintes comentários aos tratados hipocráticos: Sobre os dias críticos; Sobre as crises; Sobre a apnéia; Método de cura (14 livros); Aforismos (7 livros); Fraturas (3 livros); Articulações (4 livros); Prognóstico (3 livros); Do regime nas doenças agudas (5 livros); Sobre as feridas; Sobre as feridas da cabeça; Epidemias i (3 livros), Epidemias ii (6 livros), iii (3 livros) e vi (8 livros); Dos humores (3 comentários); Sobre os alimentos (4 comentários); Predições (3 comentários); Da natureza do homem (2 comentários); Sobre a oficina do médico (3 comentários); Ares, águas e lugares (3 comentários sob o título Sobre as moradias, as águas, as estações e os países) (REBOLLO, 2006, p.73-74).

Sobre o método exegético Rebollo (2006), comenta que Galeno acreditava que os comentários eram produzidos para um público de nível médio, com certa experiência, não sendo dirigidos a neófitos, tampouco a especialistas, e não tinham a obrigatoriedade em provar a veracidade do conteúdo, nem de defendê-lo das interpretações sofistas, e não devia limitar-se unicamente à apresentação definitiva das concepções dos autores. Desta forma a exegese de Galeno constituía-se da análise, conforme sua própria ótica, parafraseando o texto original, interpretando assim o conteúdo dos textos contidos nos trabalhos hipocráticos, sob a luz de sua própria filosofia, alinhada com o estoicismo e marcada por Platão e Aristóteles: “Esse será o Hipócrates conhecido a partir de então, quer no mundo árabe ou latino, até o século xv, quando médicos humanistas passam a exigir os textos originais gregos, livres de tradução e glosa” ( REBOLLO, 2006, p76).

#### **2.1.4 A Concepção de Saúde e Doença na Idade Média**

A idade Média consiste em um período histórico de quase um milênio que se inicia por volta de 476 d.c. com a tomada do império Romano pelos povos bárbaros. Segundo Marcondes (2010), o período medieval teve a rotulação de “A Idade das Trevas” influenciada, sobretudo pelo negativismo agregado ao discurso de intelectuais do Renascimento, que viam o mundo feudal como um grande sinônimo do atraso, do primitivismo e do abandono do pensamento racional. A forma militante com que o humanismo Renascentista opunha-se a corrente dominante durante a Idade Média, estava sobretudo atrelada ao seu interesse pelo retorno às fontes gregas clássicas (DIAS, 2005).

A forte ideia do atraso medieval, no que se refere a produção científica na área da medicina, ainda é notada na literatura atual, por exemplo no trabalho descrito como “Os construtores da moderna medicina”, de Rezende (2009).

Rezende (2009), estrutura os principais conhecimentos transmitidos ao longo da história até então, através de 20 personagens principais, sendo hipócrates e Galeno na antiguidade, e os demais à partir de Versálius (1514-1564), deixando uma lacuna que corresponderia a totalidade da Idade média (já que que esta teve seu marco final , segundo historiadores, em 1453 d.c. com a tomada de Constantinopla pelo povo turco-otomano, ocasionando a queda do Império Bizantino.

Para Marcondes (2010), a ideia de total falta de desenvolvimento neste período é um tanto equívoca, pois a exemplo da poesia Lírica e da obra de filósofos como Tomás de Aquino e de Guilherme de Ockham e de toda a arte e arquitetura Gótica, uma grande produção filosófica acontece à partir da criação das Universidades no século XIII, até a crise do pensamento escolástico e o surgimento do humanismo Renascentista.

Renzende (2009), compreende que “O legado imperecível da Idade Média à civilização ocidental consistiu no estabelecimento das universidades” (p.123).

Santos (2014), afirma que a introdução de obras aristotélicas desconhecidas até então, e a difusão dos textos filosóficos e médicos contribuiu para a institucionalização das faculdades e estas, por sua vez, possibilitaram a formação de mestres e doutores na área.

Barros (2002), acredita que a filosofia escolástica elaborada sobre tudo, por Tomás de Aquino, é fundamental para a disseminação do conhecimento galênico e a construção de sua hegemonia na Europa, porém acaba por inibir a incorporação de descobertas do século XV e XVI.

Em busca de chegar-se a um bom termo, pode-se assumir que na idade média, ocorre a substituição sistemática dos conceitos Greco-Romanos de saúde-doença em favor de uma visão teológico-cristã, inclusive na prática médica que ficou a cargo da igreja e dos sacerdotes, o que por seu comprometimento dogmático pode ter contribuído para um retrocesso teórico na medicina ocidental (GUTIERREZ & OBERDIEK, 2001).

De fato, por volta dos séculos XIV e XV (final da idade média) a causa das doenças ainda era relacionada à variabilidade dos humores corporais, e agregada a

visão disseminada pela igreja católica de que “os males tinham origens sobrenaturais[...]ocasionados por disfunções com o divino[...]eram marcas exteriores do pecado” (MATIAS, 2015, p.23).

Sendo assim, o tratamento baseava-se na fé e na religiosidade, e em oposição à veneração grega ao corpo físico, surgiria a pregação do aperfeiçoamento do espírito que em algum momento se confundiria com a ideia de descuido com o corpo físico.

A profissão de médico, restrita aos detentores de posição social privilegiada, que “empreendiam mais tempo pensando na enfermidade em termos filosóficos do que propriamente exercendo a prática médica” (MATIAS, 2015, p.17). Segundo esta autora, isto se deve a propagação da ideia de Aristóteles acerca da supremacia do trabalho intelectual em detrimento ao manual, difundida sobre tudo, por Tomaz de Aquino.

Para Marcondes (2010), em detrimento ao Platonismo e Agostianismo difundido na idade medieval até então, Tomaz de Aquino lança mão, durante a construção de seu sistema, das bases aristotélicas, na tentativa de demonstrar a compatibilidade entre esta, e a filosofia cristã.

Quanto a causalidade, Gutierrez e Oberdiek (2001), classificam em duas, as possíveis interpretações dos conceitos de doença na Idade Medieval. Por um lado as interpretações pagãs, que relacionavam a ocorrência de doenças com feitiçarias e com as possessões demoníacas, e por outro as Cristãs, que as relacionavam com um ato de purificação da alma e expiação dos pecados.

A marginalização e a segregação daqueles que não se enquadravam ao ideal cristão, sobre a ótica da igreja católica, eram aplicadas levadas em conta o grau de marginalidade e “culpa”, conforme descrito:

Dentre os marginalizados, as condições de origem os diferenciava. Enquanto existiam grupos que não tinham culpa por sua marginalização (doentes, loucos, os pobres) outros tinham participação direta neste processo, como é o caso dos judeus, mouros, os hereges. Esta distinção de origem fazia com que também o tratamento social em relação a esses grupos se diferisse. Enquanto alguns marginalizados serviam a propósitos religiosos e morais, outros eram totalmente rechaçados. É preciso salientar que a relação que era estabelecida com esses excluídos era extremamente paradoxal. A sociedade medieval cristã era impiedosa com aqueles que não se vergavam ao modelo e a ordem que foram estabelecidas, ou que espontaneamente não desejavam fazer parte. Entretanto, a sociedade parecia precisar destes marginalizados (MATIAS, 2015, p.21-2).

Rezende (2009), refere que à parte da realidade geral da época, na cidade de Salerno surge uma escola por volta do século IX, oriunda de um hospital onde atuavam lado a lado, os Monges Beneditinos dotados do conhecimento clássico e alguns médicos leigos. Esta escola que foi institucionalizada somente em 1075, ao passar dos séculos de sua existência, rompe com a influência católica.

Constantino o Africano (1020-1087), natural de Cartago, comerciante de drogas entre o Oriente e a Europa, e posteriormente convertido ao cristianismo em Montecassino, ao se instalar em Salerno, traz consigo cerca de 30 textos árabes, que foram traduzidos por ele e incorporados a escola, contribuindo com o amadurecimento da personalidade própria do Studium Salernitanum ( DIAS, 2005).

Dentre outros paradigmas que perduraram inclusive nas sociedades modernas. Salerno quebrou o paradigma da exclusividade masculina no estudo da medicina, permitindo o ingresso de estudantes do sexo feminino ainda na idade Medieval (REZENDE, 2009).

Dias (2005), refere existir uma mulher entre os autores mencionados: “Trótula, a quem se deverá parte da obra *De passionibus mulierum*, que trata de ginecologia, obstetrícia e cosmética.” (DIAS, 2005, p.30).

Outro acontecimento importante ocorrido no ocidente durante a idade média, é o início da separação das funções do médico e do farmacêutico (boticário). Embora no mundo árabe essa separação já fosse percebida, sobretudo à partir do século VIII, com o surgimento da profissão denominada Sayadilah, na Europa dois eventos marcaram definitivamente esta divisão. Primeiramente, posturas municipais redigidas em Arlés na França em 1162, e posteriormente, talvez o principal marco nessa transição, ocorrido em 1240 pelas mãos de Frederico II, Imperador da Prússia, o Édito de Melfi, que decreta esta separação, proibindo a associação entre os dois profissionais. Ao médico era vedada a dispensação de medicamentos, e ao farmacêutico era condicionada esta dispensação à obrigatoriedade de uma receita médica. Também se institui por meio deste decreto um sistema de regulação comercial, licenciamento e inspeção da atividade farmacêutica. A partir deste momento, progressivamente em toda Europa (com exceção da Irlanda, Escócia e Inglaterra onde a adesão seria mais tardia) essas normas, ainda na idade média foram adotadas e absorvidas (DIAS,2005).

### 2.1.5 As Principais Oposições ao Galenismo à Partir da Idade Moderna

Segundo Martins, Silva e Mutarelli (2008), até o século XV permaneceu a ideia de que o equilíbrio dos humores estava diretamente relacionado a saúde e doença e “que suas combinações ocasionam os temperamentos, relações entre o caráter do homem, temperamento, aparência física e afetos esteve presente na medicina ocidental” (p.20), estando presente nos autores do século XX a “referência as pessoas como sanguíneas, fleumáticas ou melancólicas, como ainda encontramos em autores do século XX” (MARTINS, SILVA & MUTARELLI, 2008, p.20).

Paracelso (1493-1541), foi de fato, criador da primeira corrente a questionar a medicina dos humores, dominante até então no mundo ocidental, Paracelso (Acima de Celso, referindo-se ao médico romano da antiguidade Aulo Cornélio Celso) é um suíço de nome Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim de alcunha. Segundo Dias (2005), embora Paracelso tenha estudado medicina, botânica, mineralogia, metalurgia e filosofia natural, fora influenciado, sobretudo pelo aprendizado em artes mágicas e ocultistas, e por seu apreço as manifestações dos artesãos e camponeses locais, em detrimento do interesse característico dos humanistas do seu tempo pela cultura clássica, desta forma vindo a ser hostil aos conceitos da religião organizada e da medicina oficial.

Para Dias (2005), Paracelso foi dono de uma visão radical e reformista e embora ele próprio tenha lecionado medicina, o fez em alemão, anunciando que não o faria à partir dos autores clássicos, e sim à partir de sua própria experiência. Como uma das ideias mestras de Paracelso, existia a ideia de submissão dos humores em relação a três elementos químicos primários, o Sal, o Enxôfre e o Mercúrio, que estariam relacionados consecutivamente ao corpóreo, ao inflamável e ao volátil.

Para entender-se como gradativamente o discurso da teoria dos humores foi sendo destituído de sua importância lista-se, embora que com certa brevidade, o trabalho de alguns personagens ao longo da idade moderna, conforme (REZENDE, 2009):

- Andreas Vesalius (1514-1564)

Belga, natural de Bruxelas, com base na dissecação de cadáveres, em detrimento à dissecação de animais praticada por Galeno, apontou os

principais erros da anatomia Galênica, obteve destaque quando publicou sua obra intitulada (A Estrutura do Corpo Humano) aos 29 anos de idade.

- William Harvey (1578-1657)

Inglês, formado pela escola de Pádua (Itália), opôs-se ao modelo Galênico de irrigação sanguínea por via única. Sendo o precursor no uso da matemática em um fenômeno biológico, conclui pela observação da sístole e diástole, e pelo volume sanguíneo, que o caráter ininterrupto deste movimento só seria possível pela circulação do sangue pelas artérias até os tecidos e seu posterior retorno pelas veias.

- Giovanni Battista Morgagni (1682-1771)

Aos setenta anos, publicou sua obra em cinco volumes (Da Sede e Causas das Doenças), onde correlaciona os sintomas apresentados em vida pelos enfermos com as lesões anatômicas encontradas nos diferentes órgãos em autópsias por ele realizadas ou orientadas. Pai da anatomia Patológica, descreveu, o aneurisma sífilítico da aorta, atrofia amarela aguda do fígado, meningite secundária à otite, câncer do estômago, úlcera gástrica, colelitíase, endocardite, estenose mitral, insuficiência aórtica, estenose pulmonar, esclerose das coronárias, tetralogia de Fallot, coarctação da aorta e ileíte regional.

- Antoine Laurent Lavoisier (1743-1794)

Parisiense recebeu instrução em química, botânica, matemática e astronomia. Considerado pai da química moderna, dentre suas muitas contribuições, Lavoisier demonstrou o erro da teoria Flogística, que trouxe um significativo avanço na medicina, pela identificação do “ar vital” ou “ar do fogo”, necessário à vida e à combustão, a que deu o nome de oxigênio (do grego oksy, ácido + génos, origem) e de seu papel na respiração e na produção do calor animal.

- Theodor Schwann (1810-1882)

Anatomista alemão, descobriu a estrutura celular dos animais abrindo caminho para a patologia celular de Virchow.

- Rudolf Virchow (1821-1902)

Patologista alemão, professor de anatomia patológica, pesquisador, sanitarista, político, antropólogo, historiador, editor e fundador da revista Virchow Archiv, um dos mais importantes periódicos médicos até os dias de hoje.

Virchow é autor da ideia de que as doenças orgânicas indicam lesões patológicas devidas a alterações celulares e não humorais, descartando de vez a

teoria dos quatro humores que orientou a prática médica por mais de dois mil anos. Sua mais importante obra foi o livro “Cellular Pathologie”, publicado em 1858. neste livro desenvolveu a tese de que a célula é a unidade fundamental dos seres vivos e que cada célula provém de outra célula da mesma linhagem, seja ela normal ou patológica.

#### **2.1.6. Medicina na Modernidade: o modelo biomédico, suas influências e implicações**

O biomédico, modelo explicativo predominante do renascimento até a atualidade, recebeu diversas influências, sobretudo no raciocínio reducionista. “No seu Discurso do Método, Descartes fórmula as regras que se constituem os fundamentos de seu novo enfoque sobre o conhecimento[...] separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la” (BARROS, 2002 p.73). Segundo o autor, a esta influência se somam as criações matemáticas newtonianas que agiram como exponenciadores dos sentidos mecanicistas ao corpo e ao universo, e demais avanços físicos e químicos ocorridos à partir do século XVII, influenciados pelas idéias latroquímicas e latromecânicas, que por sua vez, sofrem influência de Paracelso (séc. XVI).

Segundo Capra (1982), o corpo gradativamente, passará a ser visto como uma máquina e a função do médico, portanto passará a ser o conserto de determinadas peças ou mecanismos. Para o autor, a mais séria deficiência do modelo biomédico, é a perda de foco no fenômeno da cura e a fragmentação do ser humano a unidades cada vez menores.

Sobre a educação fornecida na medicina ocidental pautada na perpetuação do modelo cartesiano, até meados do século XX.

Barros (2002), afirma que “A intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo[...] por mais que alguns profissionais queiram situá-lo em seu contexto sócio econômico...terminam por regressar ao reducionismo” (BARROS, 2002, p.80). Para o autor, neste contexto a nosografia ganha notoriedade, em detrimento a histografia, por intermédio da necessidade classificatória dos avanços nas descobertas patológicas, fato que viria validar paulatinamente os conceitos mecanicistas.

Capra (1982), acredita que, apesar das enormes contribuições técnico-científicas da biomedicina, alcançadas pela redução do organismo a fenômenos moleculares, este modelo limitou os cientistas a aspectos parciais de um sistema mais abrangente, que para o autor apresenta em sua cadeia de complexidade, dimensões psicológicas e sociais, além das físicas.

Analisando as perspectivas mencionadas, o surgimento da burguesia e o advento do capitalismo, instaurado após a revolução francesa, traz uma importante convergência da ideia de bem-estar e por consequência o de saúde ao qual a primeira esta relacionada, sendo estas definitivamente desvencilhadas de um sentimento de equilíbrio com os elementos naturais. A partir desta premissa bem estar e saúde, passarão a ser relacionados a uma unidade de medida de acesso aos bens de consumo, incluindo-se os novos “bens de consumo” da medicina, frutos de uma relação mítica criada, pela supervalorização da eficácia das novas tecnologias diagnóstico-terapêuticas, eclodindo num fenômeno de medicalização (BARROS, 2002):

Paralelamente às influências do mecanicismo e a extrapolação de seu raciocínio do mundo físico ,do universo, para o mundo dos seres vivos, a medicalização sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros (BARROS, 2002, p.77).

Segundo Oliveira (2008), as práticas neoliberais dão bases a lógica da privatização e quantificação do conhecimento, dando ao conhecimento científico status de mercadoria, pela capacidade de venda daquilo que o conhecimento pode gerar, em termos de lucro e por consequência, poder.

Em contraponto a essa ideia, Oliveira e Egry ( 2000), afirmam que “ao final do século XVIII, predominavam na Europa [...] os paradigmas sócio ambientais, vinculados à concepção dinâmica, tendo se esboçado as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença” (p.9).

Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), no final do séc. XVIII com o advento da revolução francesa, o desenvolvimento das ciências sociais, abre o campo para uma medicina social, que busca nas condições de vida e de trabalho do homem a causalidade das doenças, porém este novo paradigma perdeu força com a derrota dos movimentos revolucionários.

Segundo Foucault (2006), primeiramente essa busca pelas políticas sanitárias pela medicina social no século XIII, se dá no intuito de uma afirmação da



força do estado, da força do sujeito pertencente ao estado. O autor menciona que tão somente no século XIX, a medicina social se encontraria diretamente ligada ao contexto do sistema capitalista, ou seja, a preocupações ligadas a força de trabalho, com foco nas necessidades industriais, numa fase de pleno desenvolvimento da industrialização.

Gutierrez e Oberdiek (2001), relatam que a resposta dos governos em relação ao aumento das denúncias sobre as condições de trabalho nesta época, foi a constituição de legislações trabalhistas e a implementação de políticas sanitárias. No século XIX, a obsolescência da teoria miasmática e da vertente social da medicina, “depostas” dentre outras, pelas novas descobertas da teoria microbiana, acarretou no surgimento e propagação de diversas doenças, fato que se deve em parte, às condições de vida precárias encontradas no início das sociedades industriais, condições em muito agravadas pelo fenômeno de aglomeração urbana.

Para Oliveira e Egry (2000, p.11), “Na esteira da “revolução científica” desencadeada pela Bacteriologia, e na crença da sua eficácia, a medicina julgou-se capaz de prosseguir em rumo fixo no estudo das doenças infecciosas, prescindindo de quaisquer considerações sociais.”

Prova disso a perpetuação do modelo Biomédico, na prática e na educação em saúde as quais são claros os resquícios até os dias atuais.

### **2.1.7 O Paradigma Sistêmico**

Conforme Barros (2002), em contraposição a sofisticação técnica da biomedicina, esta a sua Ineficiência em oferecer conclusões para as subjetividades envolvidas no contexto das doenças. A insuficiência contida em uma explicação unicausal, onde para cada patologia uma causa específica será identificada e combatida, por determinada terapêutica, dará retorno aos modelos multicausais (GUTIERREZ & OBERDIEK, 2001). Corroborando esta ideia, faz-se necessária a observação de que no início no século XX, surgiu um novo movimento científico, marcado pela destreza de Albert Einstein, em primeira instância, ao formular analogias entre eletrodinâmica e a mecânica, que eclodiram na construção da teoria da relatividade, e num segundo momento por lançar mão das bases através de suas novas interpretações acerca dos fenômenos da radiação eletromagnética que constituiriam, vinte anos mais tarde a teoria quântica (CAPRA, 1982).

No início do século XX, surgiu um movimento científico que se opunha à lógica mecanicista, determinista e reducionista do modelo newtoniano. Entre os principais nomes associados ao movimento científico que culminou com o surgimento do paradigma sistêmico, está Ludwig von Bertalanffy, criador da Teoria Geral dos Sistemas (JACKSON, 2000). Segundo a Teoria Geral dos Sistemas, o todo representa mais do que a soma das partes e existe uma interconexão em todas as áreas da natureza, fazendo com que os conhecimentos de uma determinada área da ciência possam ser validados outras (HARGREAVES & PODEMS, 2012).

De acordo com Bertalanffy (1977), existe uma interação dinâmica entre as partes que precisa ser considerada na compreensão dos fenômenos:

É necessário estudar não somente partes e processos isoladamente, mas também resolver os decisivos problemas encontrados na organização e na ordem que os unifica, resultante da interação dinâmica das partes, tornando o comportamento das partes diferente quando estudado isoladamente e quando tratado no todo (BERTALANFFY, 1977, p.53).

Como afirma Capra (1982, p. 260):

A concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração. Os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às de unidades menores. [...] As propriedades sistêmicas são destruídas quando um sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma das partes.

Inicialmente, a aplicação da Teoria Geral de Sistemas se restringiu à criação de máquinas auto reguláveis, para depois ter suas aplicações estendidas para áreas das ciências humanas e da saúde. A Teoria Geral dos Sistema deu início ao pensamento sistêmico, que é abrangente, inclui entre outros conhecimentos, a cibernética e o pensamento complexo e inaugura a lógica interdisciplinar (HARGREAVES & PODEMS, 2012).

Do ponto de vista filosófico, a Teoria Geral dos Sistema impulsionou a ciência para a construção de um novo modelo de saúde e de ensino de saúde voltado para a atenção integral, baseada na nova e emergente compreensão sistêmica da realidade. De acordo com Capra ( 1982, p.38), "a excessiva ênfase no método científico e no pensamento racional, analítico, levou a atitudes profundamente antiecológicas".

Posto que a consciência ecológica depende do desenvolvimento de um pensamento não linear, "a compreensão dos ecossistemas é dificultada pela própria natureza da mente racional" (CAPRA, 1989, p. 38).

Apesar de ser evidente que esta compreensão da vida numa perspectiva ecológica tenha impulsionado a ciência para uma nova concepção das práticas de saúde, esta mudança também foi impulsionada um viés econômico, conforme indica Catão (2011):

Porém, é relevante registrarmos que a instauração de uma “certa” ordem mundial na década oitenta do século XX, inspirada no neoliberalismo, ocasiona uma fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde; sendo que, particularmente os países de economia capitalista, que forçosamente optaram pelo “Estado mínimo” e pela redução dos gastos públicos como forma de saída da chamada “crise fiscal do Estado”, em muito comprometeram o campo institucional conhecido como saúde pública, resultando em uma verdadeira “crise” neste setor. Por conseguinte, na busca da superação deste desequilíbrio conjuntural, são propostos vários aportes, cada um deles indicando a necessidade de novos paradigmas no âmbito da saúde pública (CATÃO, 2011, p. 144).

De acordo com Erdmann (2004), estamos diante do desafio de incorporar um novo paradigma das práticas de saúde, que apresente uma dimensão mais ecológica do cuidado:

um corpo científico no qual se produzem saberes e práticas que envolvem diferentes sistemas sociais e disciplinas, buscando a horizontalidade nas decisões, fazendo com que as organizações de saúde voltem-se às necessidades das comunidades e aos conceitos de qualidade de vida e promoção da saúde da coletividade.

## **2.2 O Medicamento: história e filosofia**

A terapêutica teve seu início, mesmo nos modelos Místico (pré-história) e holístico (antiguidade pré-classica), passando pelas escolas hipocráticas e galênicas (antiguidade clássica até o final da idade média), tinha em vistas o medicamento no sentido de um agente auxiliar, na busca do equilíbrio entre o ser humano e seu entorno. Galeno, considerado Pai da farmácia, o é, muito mais pela criação de um sistema de organização e classificação das propriedades encontradas nas substâncias, do que pela descoberta numerosa de remédios. Referindo-se as obras de Galeno.

Dias (2005), descreve que “nas suas obras se encontraram apenas cerca de quatro centenas e meia de referências a fármacos, menos de metade do que se pode encontrar na obra de Dioscórides” (p.18)

Quanto à idade média, Dias (2005) cita que cerca de mais de um milhar de drogas medicinais, além das já utilizadas pela antiguidade clássica, foram conhecidas no mundo ocidental por intermédio da influência árabe sofrida na Europa, destacando-se também a importância de dois escritos da escola de salerno, sendo eles conforme o autor, o *Antidotarium de Nicolaus Salernitanus*, que continha cerca de 140 fórmulas farmacêuticas organizadas em ordem alfabética e apêndice sobre pesos e medidas. Este receituário muito utilizado entre os médicos da idade média, a ponto da escola de Paris em 1322, torná-lo obrigatório em todas as boticas. O segundo *De Simplici Medicina* de Mattheus Platearius, igualmente importante coleção de duas centenas e meia de artigos referentes a drogas medicinais, contendo propriedades, etimologia e história.

Segundo Dias (2005), outra inovação importante se dá à partir do Renascimento com o surgimento de uma nova linguagem de escritos sobre as plantas, sobretudo fomentado pela necessidade estética dominante na época da representação mais preocupada com fidedignade ao mundo natural. Segundo o autor, a produção destas obras também tinham motivação política, sobretudo na Alemanha, que passa a representar a sua flora influenciada pelo desejo de independência da importação de materiais dos seus vizinhos europeus mediterrâneos, que gozavam de relacionamento comercial bem adiantado com o oriente árabe. Estes intercâmbios culturais da Europa mediterrânea , tanto pelo advento da expansão europeia através da navegação, quanto por influências da migração árabe, originaram também, segundo o autor, os avanços nas técnicas de destilação disseminadas em livros como o *Liber de arte destilandi de Simplicibus* , de Hieronimus Brunschwig, publicado entre final do século XV e início do século XVI, e em latente interesse de estudos das drogas e especiarias medicinais do oriente e da América, como se observa nas obras *Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia*, de autoria do médico português Garcia de Orta (1563), e *Cosas de nuestras Indias Occidentales que sirven al uso de Medicina* (1565) do médico espanhol Nicolás Monardes.

A Iatroquímica nasce inicialmente estimulada pelo trabalho de Paracelso, mas fundamentada na interpretação química dos processos fisiológicos, patológicos

e terapêuticos obtidas pelo holandês Franz de le Boe (Sylvius) e pelo inglês Thomas Willis, no final do século XVII, principalmente orientados pelos trabalhos filosóficos do cartesianismo, o atomismo e o indutivismo de Bacon (DIAS, 2005). O medicamento em sua dimensão simbólica, começa a ganhar força à partir da exigência da prescrição médica (BARROS, 2002). Oriundo da separação entre a figura do médico e do boticário oficializada no séc XVII, estes segundos que substituíram os especieiros. Esta distinção entre as duas nomenclaturas, segundo (DIAS, 2005), se deve ao grau de aprofundamento técnico e ao tipo de comércio, sendo os boticários donos de armazéns fixos e certificados de conhecimentos técnicos, e os especieiros, vendedores ambulantes de especiarias e drogas.

O papel extratécnico dos medicamentos, encontrados concomitantemente ao fenômeno da medicalização, diz respeito à extrapolação de sua ação farmacológica, associada aos valores de uso e de troca, graças a lógica de mercado impulsionada pela indústria farmacêutica moderna, que agrega por sua vez dentre os já citados, valores simbólicos aos medicamentos. Para o autor, na atualidade, “em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um 'remédio' oferecido pela ciência, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos” (BARROS, 2002, p.78). O autor atribui isso a um fenômeno de “Patologização”, onde todas as queixas e sofrimentos dos pacientes, são manejadas em termos mecanicistas.

### **2.3 O Cuidado**

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010), afirmam que na perspectiva filosófica de Heidegger, o cuidado tem um sentido ontológico e um lugar de fundamental importância na existência humana. O cuidado é inerente à existência humana, posto que o cuidado articula e sustenta a totalidade do "ser-no-mundo". O cuidado se refere à uma atitude na relação do "ser-com-o -mundo". É a expressão de uma existência autêntica de um "ser-no-mundo" comprometido com a própria existência e com a existência dos outros "seres-no-mundo". O cuidado diz respeito à totalidade da relação estabelecida a partir do encontro daquele que cuida com aquele que é cuidado ( HEIDEGGER,1995).

Entretanto, embora Heidegger ( 1995), tenha se referido ao cuidado como uma expressão de uma existência autêntica, ele também se referiu à uma existência

inautêntica em que o cuidar é igualmente inautêntico, por ser utilizado como instrumento de dominação e de manutenção da dependência do "outro", uma vez que este cuidar não possibilita a emancipação deste "outro" para o autocuidado e para que este outro encontre o sentido de sua existência.

Desta forma, "o Cuidado em sentido ontológico quer dizer: o homem sempre cuida. Mesmo nas relações de desprezo e de descuido, o homem cuida" (ANÉAS & AYRES, 2011, p.654).

Nesta perspectiva, o cuidado implica numa dimensão da ética existencial própria do ser-no-mundo que não consiste em "uma atitude ou um ato, mas um a priori existencial de onde derivam as atitudes, os atos, as vontades, os sentimentos e as situações" ( BALLARIN, CARVALHO & FERIGATO, 2009, p.220).

De acordo com Heidegger ( 1995), a condição humana é caracterizada por uma experiência dialética temporal , em que são atribuídos significados às experiências que vivencia como criador e como criatura de sua própria existência. Para ilustrar esta fenomenologia, Heidegger (1995), faz uso da alegoria de Higino:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de húmus (terra) normal (HEIDEGGER, 1995, p.263-264).

Ayres (2005), fundamentou a discussão do cuidado em saúde, a partir das categorias de análise que encontrou na alegoria de Higino e que serão inventariadas a seguir:

Movimento [...] nossas identidades não são construções a priori, inscritas como um destino inexorável para nossas biografias no momento em que nascemos. Esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo. [...] Interação. A alegoria é permeada de interações. São as interações que constroem a sua trama. [...] Identidade e alteridade. [...] A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa. Plasticidade. [...] Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. [...] Projeto. Toda a plasticidade da argila, por sua vez, não poderia ter posto a trama da alegoria em

movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos próprios ao cuidado. [...] É projetar e, ao mesmo tempo, ser o 'curador' do projeto. Desejo. [...] Desejo de presença que a alegoria mostra fluir das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro. Temporalidade. [...] É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência. [...] Responsabilidade. [...] A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de "responder por si e responder para si" (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar 'porque' se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura 'porquanto e enquanto se responsabilizar' por sua existência. sentido causalista de uma cadeia em que um antecedente determina um sucesso, que é um evento distinto do seu antecedente. Podemos entender tanto o sentido como a causação na ontologia existencial como o "tomar-se para si" do *dasein*, que não é outra coisa que o sentido mais radical da idéia de "responsabilizar-se". A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de "responder por si e responder para si" (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar 'porque' se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura 'porquanto e enquanto se responsabilizar' por sua existência (AYRES, 2005, p.93-95).

Desta forma, percebe-se que a relação dialética que se estabelece entre quem oferece cuidados e quem recebe os cuidados, depende do desejo de ambos para que ocorra o encontro, onde se estabelece uma interação dinâmica entre as partes, em que os projetos vão sendo construídos e dependem da responsabilização de cada um por sua existência.

Segundo Boff (2002), o cuidado no sentido filosófico é um ato de zelo, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

### **2.3.1 A Hermenêutica do Cuidado: as contribuições epistemológicas de Immanuel Kant**

Immanuel Kant (1724-1804), foi um filósofo prussiano do século XVIII, de Irrefutável Importância no campo da ciência. Sua epistemologia era fundamentalmente baseada nas discussões entre o movimento racionalista de Descartes e Leibniz, e o empirismo dos filósofos David Hume e John Locke.

De acordo com Silveira (2002), dentre as inúmeras contribuições de Kant à ciência, ele "mostrou que apesar de o conhecimento se fundamentar na experiência, esta nunca se dá de maneira neutra, pois a ela são impostas as formas *a priori* da

sensibilidade e do entendimento, características da cognição humana” ( SILVEIRA, 2002, p. 28), conforme pode ser constatado no discurso do próprio Kant (1781):

Mas se é verdade que os conhecimentos derivam da experiência, alguns há, no entanto, que não têm essa origem exclusiva, pois poderemos admitir que o nosso conhecimento empírico seja um composto daquilo que recebemos das impressões e daquilo que a nossa faculdade cognoscitiva lhe adiciona (estimulada somente pelas impressões dos sentidos); aditamento que propriamente não distinguimos senão mediante uma longa prática que nos habilite a separar esses dois elementos (KANT, 1781, p. 3).

Para Deleuze (1994), a definição Kantiana de ciência esta arraigada em uma dupla luta contra o empirismo e contra o racionalismo dogmático, dando à filosofia o caráter de ciência da relação entre todos os conhecimentos e os fins essenciais da razão humana.

Conforme afirma Kant (1781, p.28), "Pensamentos sem conteúdo são vazios, intuições sem certos conceitos, são cegos", ou ainda conforme afirma Silveira ( 1996, p.36) : "A razão sem a experiência é vazia; a experiência sem a razão é cega".

Para Germano (2011), a trajetória discursiva de Kant, empenhada na busca de sínteses possíveis entre as vertentes básicas do pensamento iluminista, indo de encontro a caracterização de uma mudança decisiva no pensamento científico, pela possibilidade da expansão e dimensionamento do conhecimento.

Kant opõe-se a ideia de que o objeto é o regulador do conhecimento humano, substituindo-a por uma nova ideia, na qual o objeto é regulado pela faculdade do conhecimento, portanto lança as bases de um modelo revolucionário de conhecimento, onde só seria possível ao ser humano conhecer os fenômenos - objetos de seu estudo - através da síntese entre as experiências sensíveis e as faculdades apriorísticas do conhecimento (GERMANO, 2011).

No campo da ética, sobretudo ao revestir a moralidade de significados racionais e, *a priori*, traz vital oposição à concepção utilitarista que concebia então, o conteúdo moral de uma ação, pela sua capacidade em proporcionar felicidade e prazer, independentemente de sua intenção.

A boa vontade, em si mesma, movida tão somente pelo querer, deve ser avaliada em grau superior a qualquer resultado benéfico obtido em prol de qualquer inclinação, ou soma de inclinações (KANT, 2007).

Kant (2007), em crítica da razão pura, cogita a necessidade de uma ciência que atenda aos temas que envolvem este assunto, aos quais compreende como



Deus, liberdade e imortalidade, categorizando tais temas como de princípio dogmático, sobretudo pela incapacidade da nossa razão em dispor de provas para justificar tão grandes conceitos, afirmando ser necessária e indispensável uma "Metafísica dos Costumes" (p.16), em virtude do fato que "os próprios costumes ficam sujeitos a toda a sorte de perversão enquanto lhes faltar aquele fio condutor e norma suprema do seu exacto julgamento" (KANT, 2007, p.16).

Ao observarem-se os trechos do discurso Kantiano, nota-se sua busca pela emancipação do homem, colocando-o como agente decisivo em seu aperfeiçoamento, e que embora "afetado por tantas inclinações, é na verdade capaz de conceber a ideia de uma razão pura prática, mas não é tão facilmente dotado da força necessária para a tornar eficaz in concreto no seu comportamento" (KANT, 2007 p.16).

Portanto, Kant (1783), questiona a capacidade do indivíduo em produzir o seu próprio entendimento das coisas. Questionando ainda a responsabilidade do homem em não usar das próprias capacidades para livrar-se dos dogmas impostos pela religião, cultura e outras forças, e por não usar a razão pura:

Esclarecimento [Aufklärung] é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se a causa dela não se encontra na falta de entendimento, mas na falta de decisão e coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem. Sapere aude! Tem coragem de fazer uso de teu próprio entendimento, tal é o lema do esclarecimento" (KANT, 1783, p.506).

De acordo com Kant (1974), grande parte dos homens abrem mão da liberdade de pensar com a própria razão por preguiça e covardia.

Em análise ao texto "Aufklärung", Foucault (2010), caracteriza o estado descrito por Kant como sendo menoridade, como um déficit na relação entre o governo de si e governo dos outros. Atribuindo esta menoridade à deficiência de força e coragem para assumir uma posição de autonomia em relação à razão:

A preguiça e a covardia é aquilo pelo que não damos a nós mesmos a decisão, a força e a coragem de ter com nós mesmos a relação de autonomia que nos permite nos servir da nossa razão e da nossa moral (FOUCAULT, 2010, p. 32).

Segundo Foucault (2010), Kant se ergue contra as duas vertentes: "Extravasar os limites críticos e se colocar sob a autoridade de outro" (FOUCAULT, 2010, p.30).

De acordo com Beckenkamp (2010), existe um obscurecimento à cerca da contribuição dada por Kant para o crescimento do raciocínio hermenêutico, sobretudo por parte dos ditos representantes da nova hermenêutica, movidos pelo afã de se autotitular em arautos do novíssimo pensamento. Estes reconhecem Kant, antes como revolucionário em suas descobertas no âmbito das ciências naturais, em detrimento de suas importantes contribuições na construção de uma hermenêutica moderna. Dentre outros, os princípios de moralidade como critério interpretativo, e a tese da interpretabilidade com ênfase na utilização da historicidade e filologia como ferramentas fundamentais para a realização de uma exegese. Estes fatos sugerem a possibilidade da compreensão de determinado autor, melhor do que ele mesmo poderia se compreender. Conforme pode ser observado no enunciado de Foulcault (2010), a respeito da obra de Kant: “Questão de começo, questão de acabamento, questão de finalidade e de teleologia, todas essas questões perpassam, de fato, as análises de Kant a propósito da história” (p.12). E ainda, conforme afirma Foulcault (2010), “O desenvolvimento e a instauração das formas de racionalidade e de técnica, a autonomia e a autoridade do saber [...] da razão e do uso da razão como problema histórico perpassou, me parece, todo o pensamento filosófico de Kant até hoje” (FOUCAULT, 2010, p.21).

Para Beckenkamp (2010), estes conceitos acabaram por influenciar, dentre outros, o projeto Heideggeriano de uma hermenêutica da facticidade. O autor cita que a principal obra de Kant nas formulações gerais, sobre exegese e hermenêutica, são encontradas em seu manuscrito “O conflito das faculdades”, publicado em 1798, cuja maior contribuição foi propor que a suposta verdade sofre a influência de quem a interpreta:

Para concluir, pode-se dizer que a contribuição mais importante de Kant para o desenvolvimento posterior...consiste em ter deslocado o alvo dos procedimentos de interpretação do tradicional estabelecimento de uma suposta verdade contida na letra dos textos (o que Kant chama sua veracidade) para a articulação do sentido que constitui aquele mesmo que interpreta (BECKENKAMP, 2010, p.291).

Nas obras tardias de Kant, encontramos uma “concepção antropológica que abre espaço para a ideia de uma plasticidade da natureza humana, isto é, de um homem que modifica, que se constrói a si mesmo” (SANTOS, 2014, p.86). Mesmo que sob um domínio moral, esta plasticidade vislumbra a construção de uma natureza humana a partir de princípios que o próprio homem concebe de forma

apriorística, para além dos deveres e da própria lei moral, supondo assim um espaço infinito para essa construção e permitindo a sua efetividade ( SANTOS, 2014).

Oliveira (2004), refere-se a Kant como, "o filósofo que provavelmente mais deixou herdeiros no campo do pensamento ético" ( OLIVEIRA, 2004, p.449) e que "possui uma obra de valor inestimável sobre a formação e a educação dos homens para que se tornem capazes de desejar e buscar dignidade e respeito igual para todos" (OLIVEIRA, 2004, p.449).

Segundo Foucault (2010), "Kant colocou, fundou essa tradição da filosofia crítica que coloca a questão das condições em que um conhecimento verdadeiro é possível" ( p.21).

## 2.4 O Cuidado de Si

Tomando como base o conceito grego "Epiméleia Heautoû", Foucault (2006), remontou a genealogia do "cuidado de si" , demonstrando que a ideia de ocupar-se de si estava presente na cultura grega, e que o ideal espartano residia em ocupar-se do treinamento físico e do preparo para a guerra. Demonstrando ainda que é a partir de Sócrates que o ocupar-se de si foi ganhando a dimensão de uma cultura do cuidado de si.

No período socrático, o cuidado de si (*epiméleia heautoû*) apresenta o sentido de que "é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo" (FOUCAULT, 2010, p. 6).

Para referir-se à dimensão que Sócrates dava à Epiméleia Heautoû, Foucault (2006), compara o cuidado de si com a ação de um inseto "que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de permanente inquietude no curso da existência" (FOUCAULT, 2006, p. 11).

Foucault (2010), refere que na filosofia antiga o cuidado de si abrangia uma vasta gama de conceitos que incluíam procedimentos realizados com técnica e muito zelo, uma vez que o cuidado de si constituía um dever, conforme pode ser observado no texto a seguir:

ao longo dos textos de diferentes formas de filosofia, de diferentes formas de exercícios, práticas filosóficas ou espirituais, o princípio do cuidado de si foi formulado, convertido em uma série de fórmulas como "ocupar-se consigo mesmo", "ter cuidados consigo", "tirar-se em si mesmo", "recolher-se em si mesmo", "sentir prazer em si mesmo", "buscar deleite somente em si", "permanecer em companhia de si mesmo", "ser amigo de si mesmo",

“estar em si como numa fortaleza”, “cuidar-se” ou “prestar culto a si mesmo”, “respeitar-se”, etc (FOUCAULT, 2010, p. 13).

No período Socrático, o cuidado de si consistia numa atitude para consigo e para os outros. Assim, o cuidado de si referia-se às relações que o sujeito estabelecia consigo mesmo e com o mundo (FOUCAULT, 2006). Neste período histórico, o cuidado de si "remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência" (BUB et. al, 2006, p. 156).

Nesta perspectiva, o cuidado de si pressupõem uma relação “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (FOUCAULT, 2010 p.50).

A partir de um certo momento histórico, as regras da moral cristã foram difundidas e “foram por nós reaclimatadas, transpostas, transferidas para o interior de um contexto que é o de uma ética geral do não egoísmo” (FOUCAULT, 2010, p.14), e o cuidado de si passou a ser considerado "como uma forma de amor a si mesmo, uma forma de egoísmo ou de interesse individual em contradição com o interesse que é necessário ter em relação aos outros ou com o necessário sacrifício de si mesmo" (FOUCAULT, 2006, p. 268).

Entretanto, para Foucault (2006) “não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 2006, p. 271).

De acordo com Foucault (1985, p. 53), “o cuidado de si é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação”. Assim, o imperativo socrático “ocupa-te de ti mesmo” pode ser compreendido na atualidade como “constitua-te livremente, pelo domínio de ti mesmo (FOUCAULT, 2006, p. 287).

Muchail (2011), afirma que o cuidado de si é um imperativo:

Cuidar-se não é privilégio, nem dever de alguns para o governo de outros, é imperativo para todos; [...]. Cuidar-se não se endereça a uma fase específica da vida, é tarefa para todo o tempo, e se há alguma etapa que melhor se destina é a maturidade, principalmente a velhice [...]. Cuidar-se não se circunscreve ao vínculo dual e amoroso entre mestre e discípulo, expande-se aos círculos de amizades [...], de parentesco, de profissão, quer em formas individualizadas (cartas, aconselhamentos, confidências), quer

institucionalizadas e coletivas (escolas, comunidades, etc.) ( MUCHAIL, 2011,p.76).

Não obstante o cuidado da verdade possa ser visto como chave para compreender os riscos que ameaçam a vida humana, o cuidado da verdade pode ser compreendido como "desdobramento do cuidado de si" (CANDIOTTO, 2010 P.157).

#### **2.4.1 As Contribuições Epistemológicas de Michel Foucault**

Nascido em Poitiers, França em 1926, Foucault tem como linha principal de trabalho a abordagem das relações entre poder e conhecimento, e como estes são utilizados como uma forma de controle social. Poder que “para ele não está localizado em uma instituição, e nem tampouco como algo que se cede, por contratos jurídicos ou políticos” (FERREIRINHA, 2010 p.369).

De acordo com Pogrebinschi ( 2004), Foucault tem como princípio o estudo das relações de poder periféricas. “Seu desejo é o de ir para além das regras de direito que organizam e delimitam o poder: é atrás delas que estão as técnicas, os instrumentos e até mesmo as instituições que Foucault quer trabalhar” (POGREBINSCHI, 2004 p.182). Segundo esta autora, a “genealogia do poder” de Foucault, parte de forma ascendente, dos mecanismos “moleculares” para os mais gerais, tirando o foco desses mecanismos gerais, concentrando-se naqueles mais específicos.

Na obra "Microfísica do Poder", Foucault (1982 ), entende o poder como uma força que não esta em um lugar determinado e não pode ser apropriado como um bem, não sendo possível distinguir-se grupos de pessoas entre aqueles que detém o poder e os que não o detém. Todos os indivíduos estão a mercê de exercer o poder, ou submeter-se a sua ação, pois se trata de um fenômeno homogêneo e de dominação que não é inerente ao indivíduo, e sim uma entidade que circula entre as relações.

Conforme Brígido (2013), “o pensador francês apresenta dois dispositivos utilizados pela sociedade para a justificação do poder e para a domesticação dos corpos que compõem o espaço social, são eles: vigilância e punição” (p.56). Dispositivos estes que são legitimados pelos próprios cidadãos, dada a natureza de seu enclausuramento.

Desta forma, em *Micro Física do Poder*, Foucault (1982), discorre sobre a desenvolvimento de uma novas técnicas coersitivas, à partir do século XVIII, pela mudança da estratégia punitiva encontrada na monarquia, a qual poderia acarretar em custos políticos elevados como a incitação à revoluções, para uma postura concentrada na vigilância:

sem necessitar de armas, violências físicas, coações materiais. Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo. Formula maravilhosa: um poder contínuo e de custo afinal de contas irrisório" (FOUCAULT, 1982, p. 120).

Para Brígido (2013), os escritos de Foucault, se fundamentam em dois processos que se complementam, a “arqueologia do saber”, que procura as camadas fundamentais do saber ocidental contemporâneo e a “genealogia do poder”, que por sua vez preocupa-se com o poder, conferindo-lhe o status de elemento capaz de gerar explicações acerca da produção dos saberes. Desse modo, Brígido (2013), refere que Foucault realiza a análise da forma dinâmica e descontínua, com que as relações entre saber e poder, constroem os enunciados.

Foucault (2006), perpassa pelas técnicas encontradas na fundamentação e defesa dos discursos e para isso faz-se dar noção sobre parresia, que segundo o autor, é uma palavra grega que significa uma “ética da palavra”, uma verdade com coragem, um princípio de comportamento verbal, um afastamento dos jogos de poder, só possível entre os pares, encontrado entre os discípulos e seus mestres epicuristas na Grécia antiga:

Uma noção rica, ambígua, difícil, na medida em que, em particular, designava uma virtude, uma qualidade (há pessoas que têm a parresía e outras que não têm a parresía); é um dever também (é preciso, efetivamente, sobretudo em alguns casos e situações, poder dar prova de parresía); e enfim é uma técnica, é um procedimento: há pessoas que sabem se servir da parresía e outras que não sabem se servir da parresía. E essa virtude, esse dever, essa técnica devem caracterizar, entre outras coisas e antes de mais nada, o homem que tem o encargo de ... dirigir os outros, em particular de dirigir os outros em seu esforço, em sua tentativa de constituir uma relação consigo mesmos que seja uma relação adequada. Em outras palavras, a parresía é uma virtude, dever e técnica que devemos encontrar naquele que dirige a consciência dos outros e os ajuda a constituir sua relação consigo (FOUCAULT, 2010, p.43).

Para Lima (2011), a constituição do sujeito é a preocupação central de Foucault nos domínios do saber, do poder e da ética e em seu texto intitulado *Sujeito e Poder* (1995), procura apontar que seus estudos objetivam traçar uma

história das redes complexas e das práticas concretas que fazem os seres humanos se tornarem sujeitos.

Nos últimos anos de vida, Foucault passa a preocupar-se com a temática do cuidado de si (ver em cuidado de si), baseando seus estudos em uma arqueologia do saber, sobretudo dos Médicos e filósofos estoicos, epicuristas e cínicos, que se debruçaram sobre o homem para problematizá-lo em sua subjetividade (CANDIOTTO, 2010).

Na perspectiva de Candiottto (2010), o cuidado de si é um exercício de poder:

Na sua dimensão política, o cuidado de si está situado na relação de forças entre o eu e os outros; na efetivação das contracondutas, no sentido de não ser governado de uma determinada maneira, a partir de certos métodos, e em nome de agentes determinados (CANDIOTTO, 2010, p.162).

Para Galvão (2014), a preocupação Foucaultiana acerca do cuidado de si, engaja-se na necessidade percebida de um retorno da filosofia ao campo da ética em uma nova perspectiva, onde o sujeito voltando-se reflexivamente para si, alcança momentos de liberdade distintas de padrões e normas ditadas pelas relações sociais, sendo autor de sua subjetividade.

Indiferente às polêmicas que giram em torno do seu nome, Foucault em aulas dadas ao Cullege de France, 1983, que deram origem ao livro “o governo de si e dos outros”, descreve as aspirações de seu método analítico:

Substituir a história dos conhecimentos pela análise histórica das formas de veridicção, substituir a história das dominações pela análise histórica dos procedimentos de governamentalidade, substituir a teoria do sujeito ou a história da subjetividade pela análise histórica da pragmática de si e das formas que ela adquiriu... É preciso optar ou por uma filosofia crítica que se apresentará como uma filosofia analítica da verdade em geral, ou por um pensamento crítico que tomará a forma de uma ontologia de nós mesmos, de uma ontologia da atualidade. E é essa forma de filosofia que, de Hegel à Escola de Frankfurt, passando por Nietzsche, Max Weber, etc., fundou uma forma de reflexão à que, é claro, eu me vinculo na medida em que posso.” (FOUCAULT, 2010 p.6-21).

## 2.5 O Cuidado em Saúde

No mundo contemporâneo, tem se buscado atrelar a perspectiva da humanização do cuidado ao desenvolvimento científico e tecnológico das práticas adotadas na atenção à saúde (AYRES, 2006).

Ayres (2004), refere que nas práticas de saúde o cuidado se dá quando há um movimento em direção ao outro, no sentido de ajuda-lo a promover, proteger e recuperar sua saúde utilizando para isso um saber ou saberes específicos para essa finalidade.

Para Feuerwerker (2014), o cuidado em saúde é um processo dialético que se estabelece a partir do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização de um profissional de saúde e o usuário de um serviço, que leve em consideração tanto as necessidades quanto os desejos e aspirações do cuidador e do usuário. O cuidado ocorre na interação dinâmica entre um agente produtor do cuidado e um usuário capaz de interferir no processo como um agente ativo.

De acordo com Mandú (2004, p. 669), "O encontro intersubjetivo que se processa na atenção individualizada coloca em cena peculiaridades do universo afetivo, cultural e social de ambos, sujeitos e agentes da atenção".

A intersubjetividade é uma perspectiva incorporada na "qualificação do cuidado individualizado em saúde, essa se manifesta como história relacional vivida, como linguagens, intercomunicação, conhecimento, valores, crenças, emoções, desejos, temores, perspectivas, projetos" (MANDÚ, 2004, p.668-669).

A proposta do cuidado construído na relação intersubjetiva entre os agentes, nasce da perspectiva da compreensão de um ser por inteiro, que demanda cuidado integral à saúde. O cuidado humanizado e integral perpassa "a valoração do ser humano como um "ser-aí", presente no mundo, com um projeto de vida singular, que vê, na doença, um obstáculo à condução de sua vida e que, por isso, necessita ser compreendido, escutado, assistido, enfim, cuidado" ( PINHO, et. al, 2007, p.839).

Pinho (et. al, 2007), propõem que o sentido do cuidado pode ser compreendido numa perspectiva teórico-filosófica "a partir da contemplação das vicissitudes e necessidades mediatas/imediatas dos sujeitos" (p. 839). Sendo que "o microespaço dos serviços de saúde" (p. 839), constitui um "cenário do avanço proposital da transformação paradigmática e tecno-política que envolve a promoção do atendimento na visão integral, incluindo neste a dimensão relacional e intersubjetiva do ser humano" (PINHO et. al, 2007, p. 839).

Almeida Filho (2011), apresenta a compreensão de saúde numa perspectiva global que demanda abordagens complexas:

se conceituarmos os fenômenos da saúde-doença como processos sociais e se aceitarmos o suposto de que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e



incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos da pesquisa científica em saúde. Para isso, torna-se urgente conceber e utilizar abordagens capazes de fazer justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos a vida, a aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte – a saúde, enfim, que ocorrem em agregados humanos históricos (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 13).

A gestão do cuidado em saúde é realizado pela " disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem- -estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECÍLIO, 2011, p. 589).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado constitui o eixo norteador da assistência à saúde, para atender aos aos princípios e diretrizes de integralidade, universalidade e equidade (BALLARIN et. al., 2010).

Nas discussões sobre a humanização e a integralidade das práticas em saúde, o cuidado possibilita a articulação entre saberes e práticas destinadas a materializar tecnologias relacionais em defesa da vida (BUSTAMANTE & MCCALLUM, 2014).

Quanto à responsabilização pelas práticas de cuidado, surge a valorização de novos saberes, pela relação dialógica da equipe entre si e com os usuários e por uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores (BALLARIN et.al., 2010).

Entretanto, embora a biopolítica "se afirma uma política da vida, no sentido de proporcionar seu cuidado, preservação, longevidade" (CANDIOTTO, 2010, p.157), pode-se constatar "a atuação de uma política sobre a vida, enquanto vida controlada e submetida ao biopoder" (CANDIOTTO, 2010, p.157). Esta "discrepância entre dispositivos discursivos e práticas efetivas demonstra uma ausência do cuidado da verdade, entendido aqui como coerência entre o que se diz e o que se faz (CANDIOTTO, 2010, p.157).

Partindo da perspectiva de cuidado em saúde baseado na construção da cidadania e resgate da autonomia dos sujeitos do cuidado, salienta-se a necessidade de se fazer avançar as práticas democráticas efetivamente vivas nos espaços micropolíticos, como são os espaços dos serviços de saúde (BALLARIN et. al., 2010).

## **CAPÍTULO 3**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Realizar análise crítica das concepções de cuidado na perspectiva de farmacêuticos brasileiros que se encontram descritas na literatura.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar e categorizar as concepções de cuidado descritas na literatura;
- ✓ Agrupar as concepções de cuidado encontradas;
- ✓ Analisar os discursos.

## **CAPÍTULO 4**

### **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Delineamento de Pesquisa**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão da literatura e documental, do tipo "Estado da Arte", com análise de conteúdo.

De acordo com Denzin e Lincoln (2010, apud TAQUETTE, MINAYO & RODRIGUES, 2015), as pesquisas de delineamento qualitativo "pode ser considerado um grande guarda-chuva que recobre diferentes abordagens usadas para descrever, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais"(p.2).

Victora, Kanuth e Hassen (2000, apud TAQUETTE, MINAYO & RODRIGUES, 2005) referem que "as abordagens qualitativas na saúde abarcam também diversas teorias e modelos de estudo, como etnografia, estudo de caso, história oral, análise documental, dentre outros" (p.2). Taquette, Minayo & Rodrigues (2015, apud Minayo, 2013), também referem este tipos de pesquisa "se ocupam de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico"(p.2).

Quanto à análise documental, Caulley ( apud LÜDKE & ANDRE, 1986), referem que este tipo de análise "busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse"(p.38). Assim, "uma pessoa que deseja empreender uma pesquisa documental deve, com o objetivo de constituir um corpus satisfatório, esgotar todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes" (CELLARD, 2008, p. 298).

Pesquisas do tipo "Estado da Arte", apresentam de maneira sistematiza os conhecimentos de determinada área do saber, que vem sendo produzidos. Este tipo de pesquisa se caracteriza por apresentar:

caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários (FERREIRA, 2002, p. 257).

De acordo com Messina (1998), p. 1), o Estado da Arte é "um mapa que nos permite [...] perceber discursos que em um primeiro exame se apresentam como descontínuos ou contraditórios. Em um estado da arte está presente a possibilidade de contribuir com a teoria e prática [de uma área do conhecimento] (MESSINA, 1998, p. 1).

Quanto à análise de conteúdo, Bardin (2011), refere esta análise se trata de:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Oliveira (2008), referem que análise de conteúdo permite o "acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não" (p.570), que estejam expressos num texto como :

axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008 p.570).

#### **4.2. Procedimentos:**

Para seleção dos documentos, as bases de dados de escolha foram a Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS e a PUBMED , por abrangerem uma vasta literatura científica e técnica. Para a formulação da estratégia de busca na LILACS foram utilizados os descritores: "Atenção farmacêutica"; "Cuidados Farmacêuticos"; "Farmácia Clínica"; "Clínica Farmacêutica"; "Seguimento Farmacoterapêutico"; "Acompanhamento Farmacoterapêutico"; "Serviços Farmacêuticos" e "Serviços Clínicos Farmacêuticos". Das quais, as duas primeiras são termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e as demais são termos frequentemente observados na literatura farmacêutica que incorpora em seu conteúdo o termo cuidado, mas que não compõe os termos DeCS. Mais detalhes sobre a estratégia de busca podem ser observados no Quadro 1.

**Quadro 1.** Estratégia de busca.**LILACS**

```
(tw:(("Pharmaceutical Care" OR "Atención Farmacéutica" OR "Cuidados Farmacéuticos" OR
"Atenção Farmacêutica" OR "Cuidados Farmacêuticos" OR "Clinical Pharmacy" OR "Farmacia
Clínica" OR "Farmácia Clínica" OR "Actividad farmacéutica clínica" OR "Clínica Farmacêutica"
OR "Pharmacotherapeutic follow-up" OR "Acompanhamento farmacoterapêutico" OR
"seguimento farmacoterapêutico" OR "Seguimiento farmacoterapéutico" OR "Pharmaceutical
services" OR "Servicios farmacêuticos" OR "Serviços farmacêuticos")))) AND (tw:(( "brazil" AND
"brasil")))) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))
```

Para fins de seleção dos artigos, inicialmente foram incluídos todos os trabalhos publicados na base de dados, entre janeiro de 2009 a fevereiro de 2017. Os artigos foram selecionados seguindo à leitura e avaliação sequencial dos títulos, resumos e artigos na íntegra.

Foram selecionados artigos publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola, de pesquisas realizadas no Brasil, e cujos conteúdos contemplam áreas amplamente relacionadas com o cuidado farmacêutico, voltado diretamente ao paciente, por meio de entrevistas, sendo elas: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação de medicamentos, manejo de problemas de saúde autolimitados, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.

Para a busca na PubMed, foram utilizados os decritores "Clinical Pharmacy"[All Fields] OR "Pharmaceutical Care"[All Fields] OR "Pharmaceutical services"[All Fields]) AND "Brazil"[All Fields].

Após esta etapa a autora realizou recortes de pontos estratégicos dos manuscritos incluídos em torno da concepção do cuidado farmacêutico, para obter aspectos relevantes e documentais sobre a percepção dos autores voltados ao tema. Durante a escrita do presente trabalho a pesquisadora utilizou-se de seu olhar particular de enfermeira para discernir sobre o objeto de estudo. Neste momento, a autora buscou, através da escrita, a intencionalidade da pesquisa, predizendo quais concepções de cuidado permeiam a prática farmacêutica.

Adicionalmente, recorreu-se à leitura dos textos e documentos oficiais publicados pelo Conselho Federal de Farmácia que fizessem referência à área do Cuidado Farmacêutico, Farmácia Clínica e Serviços Farmacêuticos.

### 4.3 Análise de Dados:

Para alcançar os propósitos deste trabalho, foi utilizada a metodologia da análise de conteúdo.

Os materiais foram selecionados e organizados em um banco de dados e foi realizada leitura flutuante dos textos para formulação das hipóteses.

A seguir, foram realizados recortes de fragmentos de conteúdos significativos e os materiais foram categorizados de acordo com as categorias teóricas apresentadas. de acordo com Chizzotti (2006), os fragmentos de textos podem ser palavras, expressões ou frases significativas.

Na próxima etapa, os materiais foram classificados de acordo com as categorias teóricas.

Foram realizadas inferências e interpretações dos materiais categorizados, interrelacionando-os com o referencial teórico utilizado na revisão teórica.

Para delimitar o tamanho da amostra, foi utilizado o critério de saturação para selecionar aleatoriamente 14 artigos apresentados na discussão de resultados desta pesquisa.

De acordo com Turato et. al. (2008), o critério de saturação pode ser utilizado quando "os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados"(17).

## CAPÍTULO 5

### 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Numa estratégia de busca sem filtro, no banco de dados da Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde Lilacs, foram encontrados 417 publicações. Destes, apenas 224 publicações se encontravam integralmente disponíveis. Com a utilização dos descritores ("Atenção farmacêutica" OR "Farmácia Clínica" OR "Clínica Farmacêutica" OR "Cuidados Farmacêuticos" OR "Cuidado Farmacêutico" OR "Seguimento Farmacoterapêutico" OR "Acompanhamento Farmacoterapêutico" OR "Serviços Farmacêuticos" OR "Serviços Clínicos Farmacêuticos") AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")), foram localizados 163 publicações realizadas no período de 2009-2016. Destes, 129 foram excluídos. Sendo que 80 foram excluídos por se tratarem de artigos de atividades farmacêuticas não relacionadas ao cuidado centrado no paciente, 17 não foram encontrados 02 apareceram duplicados e 02 se tratavam de editoriais. Um total de 34 artigos do banco da Lilacs corresponderam aos critérios de inclusão nesta pesquisa, conforme pode ser observado no Quadro 2:

**Quadro 2.** Artigos encontrados no banco da Lilacs

Total sem filtro	417
Disponíveis em banco aberto	224
Utilizando descritores	163
Excluídos	129
Restantes	34

Os 34 artigos do banco da LILACS que obedeceram aos critérios de inclusão nesta pesquisa foram lidos integralmente. Após leitura detalhada dos 34 artigos, foi utilizado critério de saturação de conteúdos para selecionar aleatoriamente 14 artigos, que foram discutidos neste trabalho.

Em uma busca sem filtro no banco de dados da PubMed, foram encontrados 226 registros, e destes 182 foram excluídos. Sendo que 153 relatavam atividades não relacionadas ao cuidado centrado no paciente, 02 não foram encontrados, 02 estavam duplicados, 01 se tratava de uma errata, 22 não tinham resumo, 02 foram pesquisas realizadas em outros países. Tendo 44 artigos

apresentado os critérios para inclusão nesta pesquisa conforme apresentado no Quadro 3.

**Quadro 3.** Artigos encontrados no banco da PubMed

Total sem filtro	226
Não relacionados ao cuidado	153
Não foram encontrados	02
Duplicados	02
Errata	01
Sem resumo	22
Em outros países	02
Restantes	44

Dentre os 44 artigos do banco da PubMed que se encaixaram nos critérios de inclusão nesta pesquisa, 10 já haviam sido selecionados pois também estavam publicados no banco da LILACS, tendo restado 34 artigos da PubMed que foram lidos integralmente. Em virtude de haverem muitas ideias semelhantes aos trabalhos encontrados na LILACS, foi utilizado critério de saturação tendo sido selecionados 06 artigos para serem discutidos nesta pesquisa.

Para discussão dos resultados, os 14 artigos selecionados na LILACS e os 06 artigos selecionados na PubMed, foram analisados e categorizados de acordo com a orientação teórica apresentada pelos autores para se referir ao cuidado e às práticas da atuação profissional do farmacêutico:

A) Cuidado enquanto conceito filosófico de uma prática emancipadora do homem;

B) Cuidado enquanto dimensão técnica e de procedimentos profissionais;

Os artigos nos quais não foram encontradas discussões filosóficas, apriorísticas e metafísicas sobre o cuidado, tendo unicamente como foco das discussões a eficácia no uso da medicação e a importância da inserção do farmacêutico em equipes multidisciplinares, foram categorizados como:

C) Foco na inserção profissional, contextualizando o papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar, deixando de lado a dimensão da discussão filosófica do cuidado.



## A) Cuidado enquanto conceito filosófico de uma prática emancipadora do homem:

Na Tabela 1, são apresentados dois artigos, que entre a totalidade dos artigos lidos, apresentam o cuidado como conceito filosófico de uma prática emancipadora do homem. Estes artigos foram categorizados em ano de publicação, título e nome dos autores.

**Tabela 1.** Estudos que o cuidado aparece como conceito filosófico e prática emancipadora, categorizados em ano, título e autores.

Ano	Título	Autor(es)
2010	Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro	ANGONESI & SEVALHO
2013	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica: Novas Perspectivas para o Farmacêutico	EMILIANO, J.P.M.
2014	Atenção Farmacêutica e Atenção Flutuante: formações de compromisso entre Farmácia e Psicanálise	PÁDUA, M.; PINTO, A.V.; MATOS, G.C; SIQUEIRA, D. T. & VIEIRA, R.C.

Entre os artigos pesquisados, Angonesi e Sevalho (2010), apresentam um estudo do conceito de atenção farmacêutica desde sua origem nos Estados Unidos, apresentando a ideia de que a atenção do farmacêutico deve estar centrado no paciente: "a filosofia da Atenção Farmacêutica permanece consensual, principalmente o enfoque centrado no paciente. Esta é a diferença fundamental em relação aos modelos de prática profissional em que o foco era o produto, o medicamento" ( ANGONESI & SEVALHO, 2010, p.3611). Demonstrando, uma preocupação ético política com a prática farmacêutica:

Acreditamos que a adoção da filosofia de prática proposta pela Atenção Farmacêutica pode ser um caminho para o resgate da dignidade profissional, da relação farmacêutico-paciente e da reinserção do farmacêutico na equipe de saúde. Os farmacêuticos devem, portanto, entender, adotar e praticar a filosofia da Atenção Farmacêutica na sua prática diária abandonando a posição de meros entregadores de medicamentos, contribuindo assim, de fato, para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos usuários de medicamentos, bem como para sua utilização mais racional no Brasil ( ANGONESI & SEVALHO, 2010, p.3611)

Os autores apresentam ainda uma perspectiva de que a atenção deve contemplar o cuidado em sua perspectiva filosófica, que contempla a relação dialética estabelecida entre o paciente e o farmacêutico:

a filosofia da Atenção Farmacêutica, aplicada em todas as atividades dos farmacêuticos relacionadas ao paciente, que dará suporte para a recuperação da função do farmacêutico nas farmácias comunitárias e reconstrução da relação farmacêutico paciente. Quando o farmacêutico assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente, direcionando as suas ações pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de respeito e confiança, reafirma o seu papel na equipe de saúde e revela o seu valor social ( ANGONESI & SEVALHO, 2010, p.3612).

Os autores fazem uma crítica à formação tecnicista: "O farmacêutico precisa ser formado para ser um profissional da saúde que pense criticamente a sua prática, e não mais um técnico em medicamentos"(ANGONESI & SEVALHO, 2010, p.3612).

Angonesi e Sevalho (2010), questionam o fato dos farmacêuticos terem perdido a perspectiva do cuidado para se dedicarem apenas à dispensação da medicação. Os autores se reconhecem cuidadores de saúde quando afirmam:

O farmacêutico, como já dito, perdeu seu espaço e reconhecimento nas farmácias comunitárias quando estas se tornaram simples estabelecimentos comerciais. Sua função como cuidador da saúde dos usuários de medicamentos não tinha mais valor, e a dispensação de medicamentos tornou-se um ato comercial "(ANGONESI & SEVALHO, 2010, p.3608).

Emiliano (2013), também demonstra apresentar uma perspectiva filosófica de compreensão do homem em sua integralidade, e compreender a necessidade de "uma nova prática profissional para o farmacêutico: a atenção farmacêutica" (p.212), referindo-se a esta nova prática como "um conjunto de ações (atitudes, comportamentos, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades) exercidas exclusivamente e de forma indelegável pelo farmacêutico com a observação da farmacoterapia, cuja finalidade consiste na melhoria da qualidade de vida do paciente" (p.212).

A perspectiva do cuidado apresentado em ações de atenção integral à saúde pode ser observada no enunciado:

Como a promoção da saúde está inserida na atenção farmacêutica, há a possibilidade de o farmacêutico contribuir com ações na esfera do tratamento não farmacológico. Dessa forma, ele pode ajudar nos eixos norteadores da promoção da saúde: alimentação saudável, redução da obesidade, combate ao tabagismo e alcoolismo e outras orientações sobre os efeitos prejudiciais do uso de drogas ilícitas ou sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) ( EMILIANO, 2013,p.212).

A dimensão ético-filosófica do cuidado centrado na pessoa pode ser observado no recorte:

há um novo foco que altera a visão apenas centrada no medicamento, mas sim focada no paciente que faz uso do medicamento. A prática de focar no paciente deve fazer parte do cotidiano nas farmácias e drogarias tanto privadas quanto públicas (EMILIANO, 2013, p. 213).

No enunciado acima, o autor apresentou o cuidado numa dimensão da ética existencial própria do ser-no-mundo que não consiste em "uma atitude ou um ato, mas um a priori existencial de onde derivam as atitudes, os atos, as vontades, os sentimentos e as situações" ( BALLARIN, CARVALHO & FERIGATO, 2009, p.220).

Pádua (et al., 2014), utilizam argumentos filosóficos de que "não se pode deixar de pensar as possíveis aplicações dos saberes metapsicológicos freudianos na relação paciente/farmacêutico" (p.610). Demonstrando uma preocupação para além da biomedicina, os autores apresentam a necessidade de resgate da atuação do profissional farmacêutico junto ao paciente, levando em consideração que o paciente é um "ser dotado de subjetividade" (p.616). Os autores também propõem que a "Atenção Farmacêutica" demanda a intervenção de novos saberes como a utilização da técnica de atenção flutuante, que possam proporcionar uma revitalização desta relação humana:

a inclusão da análise deste tipo de formação de compromisso na escuta do farmacêutico e na atenção ao seu paciente pode resultar em uma forma de vencer barreiras de relacionamento, promovendo a solução de problemas de adesão e disposição para retirar dúvidas de tratamentos medicamentosos ( PÁDUA, et al., 2014, p.613).

Padua (et al., 2014), referem que esta forma de intervenção pode oferecer opções "para a superação de problemas relativos à sua doença ou seu tratamento " (p.616).

Entretanto, embora os autores contemplem uma proposta de subjetivação da relação pela adoção do uso de novos saberes, a palavra cuidado não aparece neste texto e a maneira de abordar os "novos saberes" aparece numa perspectiva reducionista e tecnicista, como um conjunto de procedimentos cujos fins estão focados no uso da medicação: "o tipo de relação que o paciente tem com seu farmacêutico vai determinar maior ou menor adesão a uma dada terapia medicamentosa" ( PÁDUA et al., 2014, p.610).

Deflagrando o fato de que a intersubjetividade do cuidado, que privilegia "a história relacional vivida, como linguagens, intercomunicação, conhecimento, valores, crenças, emoções, desejos, temores, perspectivas, projetos" (MANDÚ, 2004, p. 669), não foi incorporada nas práticas apresentadas neste artigo.

## B) Cuidado enquanto dimensão técnica e de procedimentos profissionais

Na Tabela 2, são apresentados oito artigos, que apresentam o cuidado enquanto dimensão técnica e de procedimentos profissionais, categorizados por ano de publicação, título e autores.

**Tabela 2.** Estudos que o cuidado aparece como dimensão técnica e de procedimentos profissionais, categorizados por ano, título e autores.

Ano	Título	Autor(es)
2009	Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde	ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M. & FREITAS, O.
2010	Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil	MARTINS, B.P. R. ; AQUINO, A. T. ; PROVIN, M.P.; LIMA, D.M.; DEWUL, N.L.S. & AMARAL, R.G.
2010	Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil	VIEIRA, S.F.
2012	Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina.	ALANO, G. M.; CORREA, T.S. & GALATO, D.
2012	Documentação das não conformidades do ciclo farmacoterapêutico no âmbito hospitalar: método HENPA (uma proposta)	REIS, H.P. L. C. ; VASCONCELOS, H.C.A. & FONTELES, M. M. F.
2013	Pharmaceutical care in transplant patients in a university hospital: pharmaceutical interventions.	MARTINS, B.C.C.; SOUZA, T.R.S.; LUNA, A.M.P.; FONTELES, M. M. F.; FIRMINO, P.Y.M.; FERNANDES, P.F.C.B.C; GARCIA, J.H.P.; OLIVEIRA, C.M.C. & NÉRI, E.D.R.
2015	Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil.	ZANELLA, C.G.; AGUIAR, P.M. & STORPIRTIS, S.
2015	Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos: estudo piloto.	MODÉ, C.L.; LIMA, M.M.; CAVALLI, F.; TRINDADE, A.B.; ALMEIDA, A.; CHIN, C.M. & SANTOS, J.L.
2015	Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas	FIDELES, G. M. A.; ALCÂNTARA-NETO, J.M.; PEIXOTO JÚNIOR, A.A. SOUZA-NETO, P.J.; TONETE, T.L.; SILVA, J.E.G1 & NERI, E.D.R.
2016	Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	ROVER, M.R.M.; VARGAS-PELAEZ, C. M.; FARIAS, M.R. & LEITE, S.N.
2016	As boas práticas de farmácia no Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis	OLIVEIRA, L.T; SILVA, C.P.; GUEDES, M.V. ; SOUZA, A.C. & SARMO, F.

Nesta categoria são encontrados oito artigos que foram escolhidos aleatoriamente e selecionados entre os demais artigos da amostra por critério de saturação e que utilizam a palavra cuidado para se referirem ao aspecto técnico de uma prática profissional, e que fazem uso de palavras como intervenção e orientação como palavras substitutivas ao cuidado.

Também são encontrados artigos que apresentam um misto de preocupação com o ser humano e com a questão dos medicamentos, e artigos que descartam a condição humana, e tem o foco completamente voltados ao medicamentos:

Esta perspectiva tecnicista e reducionista de um profissional envolvido com a oferta de medicamentos pode ser constatada no artigo de Araújo (et al., 2009):

Considerando os parâmetros delimitados pelas definições, a assistência farmacêutica é uma grande área composta por, pelo menos, duas subáreas distintas, porém complementares, ou seja, uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento (garantia de acesso) e a outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento (utilização correta do medicamento), sendo que a atenção farmacêutica pode ser considerada como uma especialidade da tecnologia do uso do medicamento e privativa do farmacêutico (ARAÚJO, et al. 2009, p. 613).

Araújo (et al., 2009), fazem uma análise dos problemas impactantes na qualidade do atendimento primário do SUS, apontando para necessidade de racionalização do uso da medicação, necessidade de melhoria no sistema de informações e melhorias no que diz respeito às políticas sociais inclusivas.

Ao levantar a necessidade de "implantação de um serviço de atenção farmacêutica centrado no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão ao tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos"( ARAÚJO et al., 2009, p.616) deixam evidente sua percepção da função do farmacêutica estar centrada na medicação e não no paciente e na relação terapêutica.

Embora os autores tenham uma crítica ao fato do paciente ser deixado num segundo plano: "Nas últimas décadas, o farmacêutico reorientou sua formação principalmente para o medicamento, esquecendo-se de seu objetivo principal que é o paciente" (ARAÚJO et.al.,2009, p. 616), eles reafirmam a adoção de uma prática organicista com foco na medicação:

Entretanto, nos dias atuais, devido ao modelo implantado pelo serviço de saúde, tornou-se primordial uma nova relação profissional do farmacêutico, assumindo um papel central no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários portadores de patologias crônicas (ARAÚJO, et al.,2009, 616).

Pode-se constatar, que apesar de afirmarem que "a profissão farmacêutica tem passado por transformações no perfil desse profissional, centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes"( ARAÚJO et. al.,2009, p.616), os autores referem que a formação generalista lhes habilita estritamente para a farmacoterapia: "permite ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica" (ARAÚJO et.a.,2009, p.616).

Martins et. al.(2010), descrevem o "Cuidado Farmacêutico" como uma estratégia capaz de detectar problemas relacionados à medicação e de propor intervenções para resolver ou prevenir esses problemas, podendo contribuir para a melhoria dos parâmetros clínicos, como os níveis de glicose em jejum e o risco cardiovascular em pacientes hipertensos atendidos no âmbito da iniciativa Estratégia de Saúde da Família.

Como ideias secundárias Martins et. al. (2010), referem que o nível educacional e a quantidade de medicamentos utilizados, podem ser fatores que contribuem para a baixa adesão dos pacientes à farmacoterapia hipertensiva e que as visitas familiares, podem prejudicar a análise do farmacêutico, devido o desvio de atenção do paciente com a sua rotina doméstica.

A análise destes conteúdos evidencia não haver uma ênfase no cuidado do ser humano enquanto objeto de estudo e suas relações, e demonstra que os autores associam o cuidado à técnicas profissionais, reduzindo o cuidado à atenção de requisitos unicamente fisiológicos, como pode ser observado na sentença: "o objetivo dos programas de Cuidados Farmacêuticos é melhorar a qualidade de vida dos pacientes e esses programas são particularmente eficazes no caso de doenças crônicas como a hipertensão" ( MARTINS, et al., 2010, p.609).

Aqui cabe uma crítica ao conceito de qualidade apresentado que reduz a qualidade de vida à eficiência do tratamento farmacológico.

Mais adiante, os autores apresentam a perspectiva do cuidado como uma prática profissional, em que o paciente tem uma relação de dependência com o farmacêutico: "Pharmaceutical Care é uma prática profissional em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelos requisitos do paciente em relação à fármacoterapia" (MARTINS, et al. 2010, p.610), demonstrando não haver um enlace com a perspectiva filosófica proposta por Heidegger (1995), em que o cuidado é

compreendido como uma relação dialética estabelecida no encontro daquele que cuida com aquele que é cuidado.

Embora a palavra cuidado apareça descrita vinte vezes no texto, e a expressão atenção farmacêutica apareça descrita doze vezes, "a dimensão relacional e intersubjetiva do ser humano" (PINHO et. al, 2007, p. 839), não foi contemplada neste texto.

Vieira (2010), traz um estudo focado na gestão de recursos do SUS:

É imprescindível discutir um modelo de financiamento e organização da assistência farmacêutica que se oriente pela lógica da regionalização da atenção à saúde, pois se os pacientes de um município são referenciados para atendimento em determinada especialidade em outro município, o acesso aos medicamentos precisa também ser garantido conforme o acesso aos serviços de saúde ( VIEIRA, 2010, p.155).

Vieira (2010), apresenta a necessidade de viabilização do financiamento da assistência farmacêutica no SUS:

Essas questões apontam para a necessidade de reestruturação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS ( VIEIRA, 2010, p.155).

Demonstrando ainda, dar uma ênfase no papel do farmacêutico enquanto gestor responsável pela logística da distribuição de medicamentos, em detrimento do papel social do farmacêutico:

Seria importante dispor de uma lista única de medicamentos financiados, contendo indicação da esfera administrativa responsável pela oferta, além de discussão e redefinição da participação de cada uma delas no gasto total do SUS com medicamentos ( VIEIRA, 2010, p.155).

A palavra financiamento apareceu vinte e cinco vezes neste artigo, demonstrando ênfase na gestão:

Esses marcos legais e a forma como a assistência farmacêutica foi incorporada ao SUS evidenciam a relevância dada a ela no âmbito da atenção à saúde. Entretanto, para que de fato as políticas estabelecidas pelo Estado sejam implementadas, é preciso que sejam assegurados os recursos necessários à execução das atividades e também que sua gestão seja eficaz, efetiva e eficiente ( VIEIRA, 2010, p.149).

Deflagrando o fato de que neste estudo a dimensão do cuidado foi colocado num segundo plano. Aqui o papel do farmacêutico é de prestador de serviços indiretos.

Martins (et al. 2013), apresentam a ideia de que o cuidado farmacêutico contribui numa equipe multiprofissional, por ser "capaz de realizar intervenções sobre a fármaco terapia instituída, sendo estas em grande parte "significativas",

aumentando a qualidade dos cuidados prestados ao doente" (p.18 ), apresentando ainda, que um possível benefício da assistência farmacêutica é a diminuição dos riscos de ocorrência de desfechos negativos associados à medicação.

Embora a palavra cuidado apareça vinte e nove vezes no texto, constatou-se que o cuidado aparece numa perspectiva de administração da fármaco terapia, como pode ser constatado no texto: "Conclui-se que o farmacêutico, por meio de Cuidados Farmacêuticos, fornece orientação sobre medicamentos prescritos, monitora a fármaco terapia e intervém quando necessário, estabelecendo assim sua participação na equipe multiprofissional" (MARTINS,et al, 2013, p. 667).

A mesma perspectiva do uso da palavra cuidado pode ser observada nas referências utilizadas no texto para justificar a importância do cuidado farmacêutico:

Uma abordagem multidisciplinar é essencial para garantir cuidados adequados ao doente transplantado, particularmente através dos deveres clínicos do farmacêutico no contexto da farmácia clínica e cuidados farmacêuticos. Isso pode ajudar a reduzir o risco de morbidades causadas pela farmacoterapia, evitando a falha do tratamento e as complicações da terapia combinada (HERNANZ, 2007 apud MARTINS, et al., 2103 p. 660 ).

O conceito de cuidado é apresentado pelos autores como uma prática que " exige que o profissional participe num processo em que colabore com o doente e outros profissionais de saúde, com a função primária de identificar os problemas relacionados com a droga [...] e resolver o problema reais e prevenir os potenciais (CASTRO *et al* ., 2006 apud MARTINS, et al.,2013, p.660).

O cuidado também é apresentado numa perspectiva de atividades realizadas para otimizar a fármaco terapia, conforme pode ser constatado na utilização do referencial teórico:

O Cuidado Farmacêutico engloba todas as atividades realizadas pelo farmacêutico atribuído ao paciente, com o objetivo de alcançar o máximo benefício da farmacoterapia proposta, bem como promover medidas que melhorem a saúde e previnam doenças (DÁDER, MUNOZ, MARTINEZ-MARTINEZ, 2008 apud MARTINS, et al.,2013, p 661).

Alano, Correa & Galato (2012), trabalham com a ideia de que a nova prática clínica farmacêutica (atenção farmacêutica) oportuniza a promoção do aumento da qualidade de vida do paciente, e possibilita uma economia ao sistema de saúde, mas evidenciam que o foco de sua atenção é a medicação e não o cuidado: "Os tratamentos com medicamentos podem gerar diversos efeitos indesejados e fica evidente que a segurança dos medicamentos é uma questão bastante estudada"(p.758).



Novamente os autores deflagram uma concepção tecnicista da prática farmacêutica ao afirmarem que "dentre as medidas orientadas a reduzir os gastos em farmácia e outros serviços relacionados à saúde do paciente, destacam-se o fortalecimento da atenção farmacêutica e a realização de estudos de avaliação destes serviços"( ALANO, CORREA & GALATO, 2012, p. 758).

Definindo ainda que:

a ação sobre as Necessidades identificadas não é específica dos farmacêuticos. Porém, naquelas que envolvam a terapia farmacológica, o farmacêutico representa o profissional mais habilitado para atuar nesta situação, fornecendo informações, reforçando as já existentes e incentivando a sua implementação ( ALANO, CORREA & GALATO, 2012, p. 758).

Zanella, Aguiar e Storpirtis (2015), fazem uma crítica à formação acadêmica que trouxe ao mercado profissionais extremamente tecnicistas: "a profissão farmacêutica está se movendo de um paradigma técnico para outro social, com prestação de serviços focados no usuário de medicamentos (p.326). Os autores se referem a esta mudança paradigmática como "uma oportunidade de resgate da relação farmacêutico-paciente, há muito tempo perdida" (326), mas pode-se perceber o uso de uma linguagem tecnicista ao se propor a necessidade de ações que possibilitem o aprimoramento contínuo do farmacêutico:

para promover a melhoria da qualidade de atendimento nas unidades . [...] A atuação do farmacêutico no âmbito da saúde mental também requer conhecimentos e habilidades específicas. Indivíduos com transtornos mentais e em uso de psicotrópicos têm, comumente, dificuldade em seguir o regime terapêutico proposto e apresentam alto risco de desenvolver problemas relacionados a medicamentos (LUCHETTA & MASTROIANNI, 2012 apud ZANELLA, AGUIAR & STORPIRTIS, 2015, p.330).

Pode-se constatar que embora os autores se refiram a respeito da necessidade de incluir a compreensão da dimensão social na díade saúde-doença, o modelo biomédico da saúde aparece privilegiado:

Os medicamentos constituem ferramentas poderosas para mitigar o sofrimento humano. Produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade. Entretanto, fatores relacionados ao processo de utilização dos medicamentos se refletem no efeito terapêutico desejado, e, por isso, nem sempre exercem plenamente sua função. Desta forma, torna-se importante instruir o paciente acerca do uso dos medicamentos psicotrópicos, identificando potenciais barreiras que podem comprometer o sucesso do tratamento (SOUZA, et al, 2011 apud ZANELLA, AGUIAR & STORPIRTIS, 2015, p.326).

Estes autores propõem que algumas dessas barreiras à adesão estão relacionadas diretamente ao paciente e, assim, a orientação transmitida por meio da

educação e da conscientização constitui importante passo para a melhoria dos resultados em saúde:

Durante o ato da dispensação, o farmacêutico deve informar e orientar o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos, com ênfase no cumprimento da farmacoterapia, interação com outros medicamentos, alimentos e exames laboratoriais, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação do produto. Esta função informativa e educativa da dispensação torna-a peça chave na cadeia da assistência à saúde e constitui uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia (Marin, 2003 apud ZANELLA, AGUIAR & STORPIRTIS, 2015, p.326).

Também é possível constatar um discurso que privilegia a redução do cuidado do farmacêutico às práticas de dispensação da medicação:

A maior parte das atribuições destes profissionais ainda está vinculada a práticas gerenciais, o que dificulta a sua atuação junto ao paciente durante a dispensação e afeta a promoção do uso racional de medicamentos (ZANELLA, AGUIAR & STORPIRTIS, 2015, p.331).

Esta "discrepância entre dispositivos discursivos e práticas efetivas demonstra uma ausência do cuidado da verdade, entendido aqui como coerência entre o que se diz e o que se faz" (CANDIOTTO, 2010, p.157).

Esta perspectiva de cuidado farmacêutico como prática de dispensação de medicação corrobora com as ideias de Modé et. al. (2015), de que "A atenção farmacêutica tem se mostrado útil para o diminuir a baixa adesão à terapia" (p.35).

Neste artigo a palavra cuidado não aparece, nem tampouco é feito um questionamento filosófico sobre as práticas do farmacêutico, sendo evidenciado o aspecto técnicos da atenção, tendo sido constatado que a palavra intervenção aparece vinte e sete vezes no texto. Constata-se que a atenção e a intervenção medicamentosa são privilegiadas como práticas farmacêuticas:

Este estudo demonstrou que a prestação de serviços como intervenções educativas em saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, identificação e resolução dos RNM realizada em farmácia privada, possibilitam melhoria dos níveis pressóricos, a otimização da terapia farmacológica dos pacientes, além de proporcionar melhor qualidade de vida. Nesse contexto, observa-se que os farmacêuticos são essenciais para proporcionar maior eficácia na aplicação de medidas terapêuticas, ressaltando assim a importância dos serviços de atenção farmacêutica para população com doenças crônicas (MODÉ et al, 2015, p. 39).

Muito embora estes autores afirmem que existe uma evolução da prática do farmacêutico cujo foco passou da "dispensação de medicamentos (ações reativas) para a participação clínica efetiva junto à equipe multiprofissional (ações proativas),

resultando numa maior valorização das recomendações farmacêuticas na prática clínica" (FIDELES et al., 2015, p.153).

Pode ser constatado que Fideles (et al, 2015), privilegiam a descrição de uma prática organicista e reducionista da atenção farmacêutica:

O farmacêutico vem sendo incorporado à equipe multiprofissional da UTI, objetivando prover a melhor assistência ao paciente, contribuindo, sobretudo, para o monitoramento dos fármacos e a avaliação da eficácia, colaborando para o incremento da segurança do paciente (FIDELES et al., 2015, p.149).

Rover (et.al., 2016), fazem uma crítica à forma de organização e gestão dos serviços que não propicia a continuidade da atenção, o que resulta em um cuidado fragmentado. Destacando fatores como falta de articulação entre serviços e profissionais, problemas na organização dos fluxos e oferta insuficiente de serviços em que a "forma de organização e gestão dos serviços não propicia a continuidade da atenção, o que resulta em um cuidado fragmentado" (p. 691).

Os autores questionem a "visão minimalista da assistência farmacêutica , tem impactado de diferentes formas no cuidado ao usuário" ( p.691), entretanto, no enunciado abaixo eles trazem uma perspectiva meramente organicista à prática do cuidado em farmácia:

A assistência farmacêutica, organizada por componentes (Especializado, Básico e Estratégico) financiados e geridos de formas distintas, dificulta, na prática, a lógica do atendimento por linhas de cuidado e o exercício profissional farmacêutico, uma vez que não há fluxos coordenados. É importante destacar que, embora os componentes tenham regulamentos e financiamentos distintos, isso não significa que na prática eles precisem ser organizados de forma independente; pelo contrário, sua integração é de suma importância, objetivando viabilizar o acesso ( ROVER,et al.,2016, p.699).

Rover (et.al., 2016), também fazem uma crítica ao "modelo hegemônico de saúde" (p. 701), referindo que "a concepção da assistência farmacêutica foi sendo construída focando os serviços farmacêuticos (como um todo) no produto medicamento e negligenciando as pessoas e suas necessidades" (p.701) . E embora os autores demonstrem preocupação com integralidade, eles se referem a integralidade do cuidado como sinônimo de serviço que possibilita o acesso a medicamentos:

É necessária a coordenação dos serviços adequados às necessidades em saúde, que deve se traduzir na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Desta forma, o entendimento é: o medicamento tem sido garantido, mas a integralidade do atendimento preconizada nas linhas de cuidado se vê comprometida ( ROVER, et al. 2016, p.691).

Neste enunciado apresentado percebe-se a preocupação com o usuário, mas o foco do texto está na organização e racionalização do serviço prestado, e na defesa do componente especializado da assistência farmacêutica que visa o acesso a medicamentos, ou seja, se utilizam recursos discursivos que parecem fazer alusão à questões filosóficas do cuidado, mas que entretanto demonstram reforçar apenas a retórica do acesso ao medicamento.

Oliveira (et al., 2016), apresentam a ideia de que a assistência e a atenção farmacêuticas fundadas em boas práticas de farmácia como diretrizes, são importantes na manutenção dos princípios que norteiam o sistema de saúde do Brasil. Propondo que existe necessidade de treinamento e qualificação dos profissionais para melhorar os problemas de comunicação (médico-farmacêutico), inclusive por prescrições que não atendem a todas informações relevantes à dispensação de um medicamento. Propondo ainda, a utilização de ferramentas de engenharia da produção (análise do fluxo de processos, controle estatístico), como agentes de melhoria no processo de atendimento, para avaliação racional entre o custo e a efetividade do processo:

É importante também levar em consideração que as intervenções desenvolvidas na prática de farmácia devem ser custo-efetivas, para que possam ser incorporadas ao serviço sem comprometer sua sustentabilidade (SACHDEV, 2014 apud OLIVEIRA, et. al., 2016, p. 418).

No enunciado acima, pode-se observar um discurso influenciado pelo "mecanicismo e a extrapolação de seu raciocínio do mundo físico, do universo, para o mundo dos seres vivos, a medicalização sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros" (BARROS, 2002, p.77).

Embora a biopolítica "se afirma uma política da vida, no sentido de proporcionar seu cuidado, preservação, longevidade" (CANDIOTTO, 2010, p.157), pode-se constatar no texto acima "a atuação de uma política sobre a vida, enquanto vida controlada e submetida ao biopoder" (CANDIOTTO, 2010, p.157).

A palavra cuidado aparece descrita cinco vezes no texto, entretanto, Oliveira (et al., 2016), não descrevem o cuidado numa perspectiva filosófica. Eles apresentam fundamentação do cuidado enquanto prática profissional:

[...] além da prescrição, a prática da atenção farmacêutica deve buscar melhorar a qualidade dos cuidados em saúde de forma mais ampla, aproveitando oportunidades, como a de atuar na reconciliação medicamentosa, na adesão à medicação e auxiliar o paciente na

autogestão de seu medicamento (KIETHERMES, 2014 apud OLIVEIRA et al, 2016, p.419).

Esta visão reducionista do cuidado farmacêutico como prática de administração da medicação aparece ainda no enunciado: "A busca por uma prescrição que promova segurança, eficácia e eficiência na utilização dos medicamentos é o desejo de todas as partes envolvidas no cuidado do paciente" ( OLIVEIRA, et al., 2016, p.419).

Não obstante estes autores façam uma distinção entre os conceitos de assistência e atenção farmacêuticas referindo que " o primeiro envolve um conjunto amplo de ações com características multiprofissionais, e o último se refere às atividades específicas do farmacêutico, que visam à farmacoterapia racional" ( OLIVEIRA, et al., 2016, p.418), o cuidado como prática de atenção medicamentosa aparece na referência dos papéis principais da prática farmacêutica:

preparar, obter, armazenar, proteger, distribuir, administrar, dispensar e dispor produtos médicos; fornecer gestão eficaz da terapêutica medicamentosa; manter e melhorar o desempenho profissional; e contribuir para melhorar a efetividade do sistema de cuidados de saúde e de saúde pública (WHO, 2011 apud OLIVEIRA et al, 2016, p.418).

Reis, Vasconcelos e Fonteles (2012), utilizam a palavra cuidado quatorze vezes no texto, entretanto utilizam o conceito de cuidado farmacêutico, e o conceito de farmácia clínica para definir práticas do modelo biomédico associadas à administração da medicação, e controle da eficácia do tratamento medicamentoso., como pode ser constatado neste recorte de texto:

O cuidado farmacêutico consiste em assumir, por parte dos farmacêuticos clínicos, o papel que lhes corresponde nos assuntos relacionados com os medicamentos, desde a seleção dos fármacos mais adequados, colaborando com os demais profissionais de saúde na tomada de decisões para o cuidado; recomendando precauções e aconselhando aos pacientes sobre a administração dos medicamentos, principalmente na dispensação de medicamentos sem receita médica; na monitoração do uso de medicamentos que devem seguir o paciente quanto à vigilância do cumprimento de tais tratamentos e das reações adversas e, finalmente, na avaliação dos resultados, cooperando até mesmo com a família da pessoa (ALMEIDA et al., 2003 apud REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p.608; RODRIGUES et al., 2010).

Também assumem uma concepção reducionista de cuidado farmacêutico para justificar questões mercadológicas do tratamento:

A idéia, então, é garantir o sucesso da terapia farmacológica, melhorando a qualidade de vida do paciente e contribuindo para redução dos custos assistenciais (ALMEIDA et al., 2003 apud REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p.608; RODRIGUES et al., 2010).

Os autores apresentam uma concepção de Atenção Farmacêutica adotada pela OPAS/OMS (2002) "bio-psicosociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde, voltados para melhoria da qualidade de vida, envolvendo as concepções dos seus sujeitos, respeitando as suas especificidades (REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p.607, OPAS/OMS, 2002), no entanto, trabalham com a perspectiva tecnicista associada aos princípios mercadológicos da "nova indústria", cuja prática é voltada para a garantia da qualidade pelo controle dos processos. Eles demonstram este enfoque tecnicista ao referirem que " A prática da Atenção Farmacêutica requer o registro dos problemas relacionados aos medicamentos dos pacientes acompanhados, sistematizando o processo de cuidado e garantindo a segurança dos medicamentos" (REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p. 607).

Esta perspectiva tecnicista pode ser observada ainda nos objetivos da pesquisa: "apresentar e descrever o método HENPA, como uma proposta de ferramenta, com foco na qualidade assistencial, a ser utilizada para o registro das não conformidades do ciclo farmacoterapêutico em nível hospitalar" (REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p. 607).

O tecnicismo também pode ser encontrado na descrição do método eleito como tema da pesquisa:

HENPA dispõe de sete indicadores relacionados aos mecanismos de prevenção e/ou resolução de não-conformidades na cadeia medicamentosa, identificados durante as fases de prescrição, dispensação e administração de medicamentos, codificados numericamente. (REIS, VASCONCELOS & FONTELES, 2012, p. 607).

### **C) Foco na inserção profissional, contextualizando o papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar, deixando de lado a dimensão da discussão filosófica do cuidado**

Na Tabela 3, são apresentados quatro artigos que apresentam foco na inserção profissional, contextualizando o papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar, deixando de lado a dimensão da discussão filosófica do cuidado, categorizados em ano de publicação, título e autores. Estes artigos foram escolhidos aleatoriamente e selecionados entre os demais artigos da amostra por critério de saturação.

**Tabela 3.** Estudos com o foco na inserção profissional do farmacêutico na equipe multidisciplinar, categorizados por ano, periódico, título e autores.

Ano	Título	Autor(es)
2011	Efeitos das Intervenções Farmacoterapêuticas em Pacientes HIV Positivos: Influência nos Problemas Farmacoterapêuticos, Parâmetros Clínicos e Economia	MORIEL, P.; CARNEVALE, R.C.; COSTA, C.G.R.; BRAZ, N.C.; SANTOS, C.Z.; BALEIRO, L.S.; HOLSBACK, V.S.S & MAZZOLA, P. G.
2012	Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up	LOUREIRO, C. V.; REIS, H.P.L.; MAGALHÃES, K.M.; CARMO, C.P. ; LEITE, F.A.M; PASSOS, A.C.B.; FIRMINO, P.Y.M.; KHEIR, N.; WOODS, D.J.; PONCIANO, A.M.S. & FONTELES, M.M.F.
2012	Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento	MIRANDA, T. M. M.; PETRICCIONE, S.; FERRACINI, F.T. & BORGES FILHO, W.M.
2013	Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado.	PINTO, I.V.L.; CASTRO, M. S. & REIS, A.M.M.
2015	A Importância da Farmácia Clínica no Acompanhamento dos Pacientes com Hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde.	SILVA, A.S.
2016	Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente	LIMA, L.F.; MARTINS, B.C.C., OLIVEIRA, F.R.P.; CAVALCANTE, R.M.A., et al.

Nesta categoria se encontram os artigos que não fazem uma discussão de questões filosóficas, apriorísticas e metafísicas do cuidado, e embora abordem outros aspectos acerca das práticas em farmácia. Artigos que não abordam o homem como o foco, estando preocupados com a busca de uma inserção profissional, contextualizando o papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar e que utilizam palavras substitutivas ao cuidado (orientação, intervenção, atenção farmacêutica) para justificar a importância da presença do farmacêutico em equipes multidisciplinares.

Miranda (et al. 2012), defendem a importância da atuação do farmacêutico clínico no aumento da segurança ao paciente e prevenção de eventos adversos em uma unidade de Primeiro Atendimento. Demonstram privilegiar a compreensão da atuação profissional tendo foco na medicação e na redução de custos: "estudos têm demonstrado que intervenções farmacêuticas na UPA podem gerar redução de custos, e que o farmacêutico clínico pode aumentar a qualidade do cuidado ao paciente e segurança em relação à terapia medicamentosa" ( MIRANDA, et al., 2012, p. 75).

Corroboram com a ideia de que o farmacêutico se reconhece apenas como profissional do medicamento, ao afirmarem que "Intervenções farmacêuticas são realizadas para obter o uso correto e seguro dos medicamentos" (MIRANDA, et al. 2012, p.75).

Reiterando a importância do farmacêutico clínico na equipe interdisciplinar numa perspectiva que a prática do farmacêutico clínico é acompanhar "diariamente o trabalho realizado e buscando agregar com seus conhecimentos farmacológicos na qualidade do trabalho assistencial (MIRANDA, et al. 2012, p.77).

Moriel (et.al., 2011), apresentam uma pesquisa cujos objetivos são focados na comprovação dos efeitos positivos do tratamento farmacológicos para promoção de qualidade de vida de pacientes com HIV positivo, assim como comprovar que a presença de um farmacêutico na equipe pode diminuir custos do tratamento. Apresentam uma perspectiva reducionista do cuidado, conforme pode ser observado neste recorte de texto:

Este trabalho sugere que o acompanhamento farmacoterapêutico foi capaz de: diminuir o número total de problemas farmacoterapêuticos; aumentar os valores de linfócitos T CD4+ em comparação com o grupo controle, sugerindo uma melhoria da resposta imunológica; aumentar a incidência de carga viral indetectável em um maior número de pacientes em relação ao grupo controle; diminuir a incidência de anemia em comparação com o grupo controle; e diminuir os gastos totais dos pacientes do grupo intervenção em relação ao grupo controle (MORIEL, et al., 2011, p.9).

Esta perspectiva do cuidado reduzido a fatores biológicos e técnicos, pode ser observada ainda:

Tais resultados sugerem que as intervenções farmacêuticas foram capazes de diminuir a incidência de anemia no grupo intervenção, enquanto no grupo controle este parâmetro manteve-se constante. Foi identificada uma diminuição de gastos no grupo intervenção, sugerindo que esta economia de recursos é resultado da realização do acompanhamento farmacoterapêutico (MORIEL, et al., 2011, p. 9).

Neste recorte podemos observar a perspectiva técnica sendo utilizada para justificar questões mercadológicas da inclusão profissional do farmacêutico em programas de saúde.

A perspectiva técnica Este dado já era esperado, pois acredita-se que o paciente terá maior adesão à terapia quando é orientado pelo farmacêutico, o que ocasiona menor incidência de problema farmacoterapêutico e diminuição na frequência de consultas, exames e internações. Estes resultados estão de acordo com trabalhos da literatura que demonstram que a presença do farmacêutico clínico pode reduzir o custo deste paciente ao Sistema de Saúde (MORIEL, et al., 2011, p. 9).



De forma análoga, Loureiro (et al.,2012), fazem uma análise reducionista do cuidado, justificando a importância da inserção do farmacêutico em equipes, referindo que o cuidado farmacêutico é responsável pela melhora na qualidade de vida do portador de HIV positivo:

Os resultados obtidos neste estudo apontam para uma influência positiva do seguimento farmacoterapêutico na qualidade de vida de pacientes com HIV. (LOUREIRO,et.al., 2012,p.9).

Loureiro (et al.,2012), justificando a importância do farmacêutico em equipes, para a detecção, resolução e prevenção de problemas relacionados à terapia medicamentosa:

O número significativo de problemas relacionados com medicamentos anti-retrovirais e intervenções farmacêuticas durante o estudo reforça a importância do acompanhamento farmacológico para a detecção, resolução e prevenção de problemas relacionados à terapia e o papel do farmacêutico no planejamento de cuidados e tratamento para cada paciente como parte de uma equipe multidisciplinar (LOUREIRO,et.al.,2012,p.11).

Já Pinto, Castro e Reis (2013), apresentam a ideia de que a importância do trabalho do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar reside no fato de que é necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional para atingir a integralidade do cuidado, baseando-se no conceito que a integralidade do cuidado é constituído pela integralidade do serviço prestado por uma equipe multidisciplinar. Vinculando o conceito de cuidado ao restabelecimento da "normalidade" da saúde e o conceito da integralidade da saúde desvinculado da integralidade do sujeito, restringindo a "atuação do farmacêutico na promoção do uso racional de medicamentos por idosos e sua inserção em equipes multiprofissionais otimizam a farmacoterapia dos pacientes geriátricos e ampliam a qualidade e segurança do cuidado" ( PINTO, CASTRO & REIS, 2013, p.749).

A palavra cuidado aparece descrita vinte e cinco vezes no texto, entretanto aparece numa perspectiva reducionista para se referir à intervenções terapêuticas medicamentosas: "intervenções farmacêuticas realizadas durante o seguimento farmacoterapêutico dos indivíduos atendidos"( PINTO, CASTRO & REIS, 2013, p.747).

Numa perspectiva filosófica, o cuidado não consiste em "uma atitude ou um ato, mas um a priori existencial de onde derivam as atitudes, os atos, as vontades, os sentimentos e as situações" ( BALLARIN, CARVALHO & FERIGATO, 2009, p.220), entretanto, neste texto não foram encontradas discussões do cuidado em sua dimensão ética existencial. No artigo em questão, o cuidado foi abordado numa

perspectiva mercadológica do conjunto de praticas do profissional, para justificar a importância da inserção do farmacêutico em equipes multi disciplinares, como pode ser constatado na escolha que os autores fizeram para fundamentação teórica da pesquisa:

O cuidado farmacêutico no contexto de uma equipe multiprofissional geriátrica melhorou a qualidade do uso de medicamentos durante a internação e após a alta hospitalar, diminuindo riscos e melhorando os resultados terapêuticos (SPINEWINE, et al. 2007 apud PINTO, CASTRO & REIS, 2013, p. 748).

Ainda pode ser constatada a perspectiva reducionista da utilização da palavra cuidado, na forma que ela é utilizada para justificar a importância da inclusão do farmacêutico em equipes, para assegurar uma adequada administração da farmacoterapia:

Ao contribuir para a redução do número de medicamentos inapropriados para idosos e sugerir intervenções considerando as particularidades dos pacientes dessa faixa etária, o farmacêutico contribui na qualificação do cuidado ao idoso. A atuação do farmacêutico no cuidado ao idoso, integrada com ações multidisciplinares, otimiza a farmacoterapia, com reflexos na segurança e efetividade da assistência prestada ao idoso (PINTO, CASTRO & REIS, 2013, p.757).

Silva (2015), se propôs apresentar um estudo sobre a importância da farmácia clínica em unidades que atendem portadores de hanseníase acompanhados em uma unidade de saúde. Entretanto, embora se proponha apresentar a importância das atividades da farmácia clínica, apresenta uma visão reducionista que restringe a terapêutica ao gerenciamento da administração da medicação:

Nosso estudo fornece novos entendimentos sobre a importância do acompanhamento farmacoterapêutico para a promoção ao uso racional dos medicamentos, pois todos os pacientes apresentaram algum tipo de RNM e foi necessária a intervenção farmacêutica. O acompanhamento do farmacêutico na terapia medicamentosa proporcionou aos pacientes mais informações sobre os medicamentos em uso, dos possíveis efeitos adversos e o melhor horário para ingerir os fármacos e essas informações contribuíram para uma melhor adesão e cumprimento do tratamento medicamentoso (SILVA, 2015, p.14).

Justifica a baixa adesão ao uso de medicação na ausência de acesso a um farmacêutico, negando aspectos subjetivos que possam interferir na adesão ao tratamento e que a relação terapêutica poderia avaliar:

A não adesão ao tratamento medicamentoso também pode ter correlação com a dificuldade do paciente em ter acesso ao farmacêutico, último

profissional de saúde a ter contato com os pacientes antes do início ao uso da medicação, para receber orientações sobre o medicamento e seu uso (SILVA, 2015, p.14).

Lima (et al, 2016), também associam o cuidado às práticas que promovem a segurança do paciente e "uma redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" ( p.360), "em situações de transição do cuidado [...], pois o uso de medicamentos, neste momento, é complexo, aumentando o risco de erros de medicação [...] além de envolver múltiplas ações, como a atuação multiprofissional e interinstitucional" ( APA, 2012 apud LIMA, et al., 2016, p.360). Referindo ainda que o farmacêutico deve estar presente "no ato da prescrição dos medicamentos, por meio da conciliação medicamentosa, auxiliando o profissional prescritor e garantindo que toda a farmacoterapia necessária esteja presente ( LIMA, et al. 2016, p. 364).

Justificando a importância da inserção do farmacêutico em equipes multidisciplinares para prevenir problemas associados ao tratamento medicamentoso:

o farmacêutico clínico, em conjunto com a equipe multiprofissional, pode orientar os pacientes sobre o tratamento medicamentoso instituído, e resolver e/ou prevenir os resultados negativos associados à farmacoterapia. Além disso, o acompanhamento dos desfechos clínicos, após a realização das intervenções farmacêuticas durante a monitorização terapêutica, faz-se necessário para mensuração dos resultados reais das intervenções envolvendo terapias medicamentosas e para garantir a segurança do paciente ( LIMA, et al.,2016,p.364).

As práticas farmacêuticas voltadas unicamente para a adequação e uso racional da medicação, evidencia aspectos culturais de uma sociedade que privilegia o uso de fármacos em detrimento do cuidado integral com foco no ser humano e suas relações.

A análise destes resultados, evidenciou que os autores tem a clareza de que é necessário repensar a atividade profissional do farmacêutico, sob a perspectiva filosófica do cuidado, entretanto, o discurso ainda se encontra desvinculado da prática apresentada.

Constatando-se que os farmacêuticos tem o grande desafio de se apropriar do conceito do cuidado, e se identificar com o papel do cuidador, sem entretanto, perder as especificidades de sua formação, e da identidade que os diferencia dos demais profissionais cuidadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram plenamente alcançados, assim como foi possível responder à pergunta de pesquisa: qual é a concepção de cuidado presente no discurso do farmacêutico brasileiro?

Através da análise dos resultados desta pesquisa, pode-se constatar que existe uma dicotomia entre o discurso e as práticas descritas nos artigos, e que embora grande parte dos autores utilizem uma concepção biopsicossocial do homem para se referir ao cuidado oferecido pelo farmacêutico, a compreensão do cuidado apresentada nos artigos analisados, não contempla a dimensão ético filosófica do cuidado.

Através da leitura das bases curriculares do ensino de farmácia pode-se perceber que a formação do farmacêutico clínico foi legalmente instituída, entretanto, percebe-se um distanciamento do farmacêutico das práticas associadas à clínica, evidenciando uma formação ainda tecnicista que privilegia as práticas do farmacêutico voltadas para dispensação, administração e controle do uso racional de medicação e para o barateamento do custo do tratamento. Estando muito presente a perspectiva mercadológica da medicação enquanto mercadoria na identidade do farmacêutico.

A compreensão biomédica de saúde e doença está presente na quase totalidade dos artigos revisados nesta pesquisa. Evidenciando a necessidade da superação desta condição técnico-organicista, e da adoção de um paradigma sistêmico, no processo de ensino-aprendizagem da formação do farmacêutico, de forma a promover a conscientização e desenvolvimento de uma compreensão ético política do papel do profissional de saúde.

Nos textos analisados, os farmacêuticos se traduzem como membros de uma equipe multidisciplinar na qual a soma dos esforços refletiria num conjunto de práticas do cuidado, mas em cujas práticas eles não se reconhecem cuidadores. Isto ficou evidenciado pelo fato de apenas um artigo fazer menção ao farmacêutico como profissional cuidador.

Percebe-se através deste estudo que se faz necessário o aprofundamento do ensino da perspectiva ético-filosófica do cuidado, fato que pode contribuir para

que os farmacêuticos se integrem as equipes estando implicados com o papel de cuidador.

## REFERÊNCIAS

- ALANO, CORREA & GALATO. *Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. Ciênc. saúde coletiva*. 2012, vol.17, n.3, pp.757-764.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, set. 2014.
- ANGONESI, D. & SEVALHO, G. *Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3603-3614, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Informação e documentação – citações em documentos – apresentação*: NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Informação e documentação . referências – elaboração*: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002b.
- ALMEIDA FILHO. N. *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p.
- ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. *Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011.
- AYRES, J. R. C. M. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. I. *Abordagens teóricas cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. in MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p.
- AYRES, J.R.C.M. *Cuidado e humanização das práticas de saúde*. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- ARAÚJO, A. L. A. et al. *O Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):611-617, 2009.
- ARAUJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. *Cad. RH Saúde*, Brasília, v.3, p.163 -173, 2006.
- BALLARIN, M.L.G.S.; CARVALHO, F. FERIGATO, S.H.; *Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental*. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2009;33(2):218-224.
- BARATA, R.C.B. – A Historicidade do Conceito de Causa. In: *Textos de Apoio: Epidemiologia I*. PEC/ENSP/ABRASCO. Rio de Janeiro, 1985.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROS, J. A. C. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?*. Saude soc., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

BECKENKAMP, J. *Kant e a hermenêutica moderna*. Kriterion, Belo Horizonte , v. 51, n. 121, p. 275-292, June 2010 . disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-512X2010000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2010000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on ?. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-512X2010000100014>

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento 23<sup>o</sup> Ed. Petrópolis:Editora vozes, 2003. 247 p.

BERTALANFFY, L. V. *Teoria Geral dos Sistemas*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

BOFF, L. *Saber Cuidar: Ética do humano: compaixão pela terra*. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BRÍGIDO, I. *Michel Foucault: uma análise do poder*. Publicado em :Rev. Direito Econ. Socioambiental, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/direitoeconomico-12702.pdf>

BUB, M. B. C. et al. *A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem*. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 15 (esp), p. 152-157, 2006.

BUSTAMANTE, V. & MCCALLUM, C. *Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral*. Physis, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 673-692, Sept. 2014 .

CAIRUS, HF. Da natureza do homem. In: CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. História e Saúde collection, pp. 39-59. ISBN 978-85-7541-375-3.

CANDIOTTO, C. *Ética e política em Michel Foucault*. Publicado em Trans/Form/Ação, Marília, v.33, n.2, p.157-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trans/v33n2/v33n2a10>

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultura, 1982.

CATÃO, M. O. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde. pp. 139-168. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CECILIO, L. C. O. *Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, Jun. 2011.

CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 12 ed. São Paulo: Ática, 2000.

DELEUZE, Gilles. *A Filosofia Crítica de Kant*. Lisboa: Edições 70, 1994.

EMILIANO, J.P.M. Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica: Novas Perspectivas para o Farmacêutico Rev APS. 2013 abr/jun; 16(2): 212-215.

FERREIRA, N. S. A. *As pesquisas denominadas “estado da arte”*. Educação & Sociedade, ano XXIII, n. 79, Agosto. 2002.

FERREIRINHA, I. M. N., & RAITZ, T. R. *As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas*. Rev. Adm. Pública [online]. 2010, vol.44, n.2, pp.367-383. ISSN 0034-7612. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000200008>.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIDELES, G. M. A.; ALCÂNTARA-NETO, J.M.; PEIXOTO JÚNIOR, A.A. SOUZA-NET,P.J.; TONETE,T.L.; SILVA, J.E.G1& NERI, E.D.R. *Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas*. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(2):149-154.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 205 p.

FOUCAULT, M. *Hermenêutica do sujeito*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O governo de si e dos outros: curso no Cullege de France (1982-1983)* / Michel Foucault; tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

GALVÃO, B.A. *A ética em Michel Foucault: Do cuidado de si à estética da existência*. Publicado em: Intuitiu Revista eletrônica dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da PUCRS. v. 7, n. 1 (jun 2014)p.157-168.

GERMANO, M.G. *Uma nova ciência para um novo senso comum* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 400 p. ISBN 978-85-7879-072-1. Available from SciELO BOOKS.G. & GOMES, M.. *Uma nova ciência para um novo senso comum*./ Marcelo Gomes Germano. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 400 p.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. *Concepções sobre a saúde e a doença*. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. e CORDONI JR., L. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.



HARGREAVES, M. & PODEMS, D. *Advancing Systems Thinking in Evaluation: A Review of Four Publications*. American Journal of Evaluation v. 33, p. 462-470, 2012.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

HEPLER, C.D. *A dream deferred*. Am J Health-Syst Pharm. 2010; 67:1319-25

HEPLER, C.D. *Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy*. Pharmacotherapy, v. 24, n. 11, p. 1491 – 1498, 2004.

HEPLER, C.D. *Unresolved issues in the future of pharmacy*. Am J Hosp Pharm., v.45, n. 5, p. 1071 – 1081, 1988.

HEPLER, C.D. *The Third Wave in Pharmaceutical Education: the clinical movement*. Am J Pharm Ed, v. 51, p. 369 – 385, 1987.

HEPLER, C.D. *Pharmacy as a clinical profession*. Am J Hosp Pharm, v. 42, p. 1298–1306, 1985.

HEPLER, C.D. & STRAND, L. M. *Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care*. Am J Pharm Educ. 1990;47:533-43.

KANT, I. *Crítica da Razão Pura*. Tradução: J. Rodrigues de Menez. Versão para eBook eBooksBrasil.org-Acrópolis (originalmente editado em 1781) disponível em: [br.egroups.com/group/acropolis/Créditos da digitalização](http://br.egroups.com/group/acropolis/Créditos da digitalização): Membros do grupo de discussão Acrópolis (Filosofia) Homepage do grupo: <http://br.egroups.com/group/acropolis/>

KANT, I. Resposta a pergunta: Que é esclarecimento? Textos Seletos. Tradução Floriano de Sousa Fernandes. 2 ed. Editora Vozes: Petrópolis, RJ. 1983. Pg. 100.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Título original: Grundlegung zur Metaphysic der Sitten © desta tradução Edições 70, Lda. Tradução: Paulo Quintela Capa: FBA Depósito Legal nº 264507/07 Impressão, paginação e acabamento: CASAGRAF para EDIÇÕES 70, LDA. Setembro de 2007.

LIMA, E.J.B. *O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento*. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. Psicologia social e personalidade [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 109-134.

LIMA, L.F.; MARTINS, B.C.C.; OLIVEIRA, F.R.P.; CAVALCANTE, R.M.A., et al. *Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente*. Einstein. 2016;14(3):359-65.

LOUREIRO, C..et al. *Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up*. Braz. J. Pharm. Sci. [online]. 2012, vol.48, n.4, pp.711-718. ISSN 2175-9790.

LUCHETTA, R.C. & MASTROIANNI, P.C. *Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão*. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2012; 33(2):165-169.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MANDÚ, E. *Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 julho-agosto; 12(4):665- 75.

MARTINS, B.C.C.; SOUZA, T.R.S.; LUNA, A.M.P.; FONTELES, M. M. F.; FIRMINO, P.Y.M.; FERNANDES, P.F.C.B.C; GARCIA, J.H.P.; OLIVEIRA, C.M.C. & NÉRI, E.D.R. *Pharmaceutical care in transplant patients in a university hospital: pharmaceutical interventions* . *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 49, n. 4, oct./dec., 2013.

MARTINS, B.P. R. ; AQUINO, A. T. ; PROVIN, M.P.; LIMA, D.M.; DEWUL, N.L.S. & AMARAL, R.G. *Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil*. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 49, n. 3, jul./sep., 2013.

MARTINS, L. AIC.P.; SILVA, P.J.C. & MUTARRELI, S.R.K. . A teoria dos temperamentos: do corpus hippocraticum ao século XIX. *Memorandum*, 14, 09-24.2008.

MESSINA, G. *Estudio sobre el estado da arte de la investigacion acerca de la formación docente en los noventa*. Trabalho apresentado à Reúñion de Consulta Técnica sobre investigación en Formación del Profesorado, Organización de Estados Ibero-Americanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, México, 1998.

MATIAS, E.O.Avaliação da prática de enfermagem no processo de administração de medicamento intravenoso na pediatria.Dissertação de Mestrado.Universidade Federa do Ceará.Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

MERHY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MIRANDA, et al. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. *einstein*. 2012;10(1):74-8.

MODÉ, C.L.; LIMA, M.M.; CAVALLI, F.; TRINDADE, A.B.; ALMEIDA, A.; CHIN, C.M. & SANTOS, J.L. *Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos: estudo piloto*. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2015;36(1):35-41.

MORIEL, P. et al. Efeitos das Intervenções Farmacoterapêuticas em Pacientes HIV Positivos: Influência nos Problemas Farmacoterapêuticos, Parâmetros Clínicos e Economia R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.2 n.3 5-10 set./dez. 2011.

MUCHAIL, S. T. *Foucault, mestre do cuidado: textos sobre hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

OLIVEIRA, D.C., *Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização*. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/ dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, M.A.C. & EGRY, E.Y. *A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença*. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p. 9-15, mar. 2000. Originalmente parte da tese OLIVEIRA, M. A de C. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. São Paulo, 1997.142p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, M.N. *A educação na ética kantiana*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.30, n.3, p. 447-460, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n3/a05v30n3.pdf>

OLIVEIRA, L.T.; SILVA, C.P.; GUEDES, M.V.; SOUZA, A.C. & SARMO, F. *As boas práticas de farmácia no Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis*. Einstein, 2016;14(3):415-9.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Termo de referência para a oficina de trabalho: atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília; 2001 Brasil: trilhando caminhos . Disponível em: . Acesso em: 7 nov. 2002.

PÁDUA, M.; PINTO, A.V.; MATOS, G.C; SIQUEIRA, D. T. & VIEIRA, R.C.. *Atenção Farmacêutica e Atenção Flutuante: formações de compromisso entre Farmácia e Psicanálise*. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):609-618, 2014.

Pereira Neto G.B., Brunetto M.A., Carciofi A.C. & Camacho A.A. 2010. Effects of weight loss on the cardiac parameters of obese dogs. Pesq. Vet. Bras. 30(2):167-171.

PEREIRA, L.R.L. & FREITAS, O. *A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil*. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PINTO, I.V.L.; CASTRO, M. S. & REIS, A.M.M.. *Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):747-758.

POGREBINSCHI, T. *Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder*. Lua Nova, São Paulo, n. 63, 2004 p. 179-201.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Sci. stud.* [online]. 2006, vol.4, n.1, pp.45-81. ISSN 1678-3166. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>.

REIS, H.P. L. C. ; VASCONCELOS, H.C.A. & FONTELES, M. M. F. Documentação das não conformidades do ciclo farmacoterapêutico no âmbito hospitalar: método HENPA (uma proposta). *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2012;33(4):607-615.

REZENDE, M; MOREIRA, M.R; AMANCIO FILHO, A. & TAVARES, M. F.L.. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp.1403-1410. ISSN 1413-8123.

ROVER, M.R.M.; VARGAS-PELAEZ, C. M.; FARIAS, M.R. & LEITE, S.N. *Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Physis: Revista de Saúde Coletiva vol.26 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2016.

SANTOS, R M. *Kant, Foucault e o cuidado de si*. Kant e-Prints, [S.l.], p. 85-101, jan. 2014. ISSN 1677-163X. Disponível em: <<https://www.cle.unicamp.br/eprints/index.php/kant-e-prints/article/view/446>>. Acesso em: 2017.

SATURNINO, L.T.M.; PERINI, E.; LUZ, Z.P. & MODENA, C. M. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm.* 2012;93(1):10-6.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: Acúrcio FA, organizador. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 1-8.

SILVA, S. M. & RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol.24, n3, jul/set, 2014.

SILVA, W.B. *A Emergência da Atenção Farmacêutica: Um Olhar Epistemológico e Contribuições para seu Ensino*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina. Fevereiro de 2009. Florianópolis, SC.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2012.

SILVEIRA, F.L *A teoria do conhecimento de Kant: o idealismo transcendental*. *Cad. Cat. Ens. Fís.*, v. 19, número especial: p. 28-51, mar. 2002. Instituto de Física UFRGS.

SOUZA, T.T.; SILVA, W.B.; ONOFRE, A.S.C.; QUINTANS, J.S.S; ONOFRE, F.B.M. & QUINTANS-JÚNIOR, L. J. *Evaluation of adherence to treatment by patients*

*seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. Braz J Pharm Sci* 2011; 47(4):787-795.

TAQUETTE, S.R., MINAYO, M.C.S. & RODRIGUES, A. O. *Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(4):1-11, abr, 2015.

TURATO, E. R. et al. *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

VIÉGAS, L. S.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VIEIRA, F.S. *Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil*. Rev Panam Salud Publica. 2010, vol.27, n.2, pp.149-156.

ZANELLA, C.G.; AGUIAR, P.M. & STORPIRTIS, S. *Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):325-332, 2015.